

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA
DE SEVILLA

REFLEXIONES SOBRE LA PEDIATRÍA Y PAPEL
DE LA PEDIATRÍA SOCIAL EN NUESTRO TIEMPO
*“DE LA NEUMOLOGÍA INFANTIL A LA PEDIATRÍA SOCIAL:
UN VIAJE PROFESIONAL Y HUMANO”*

DISCURSO DE RECEPCIÓN DEL ACADÉMICO
DE NÚMERO ELECTO

Prof. Dr. D. Martín Navarro Merino

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL
ACADÉMICO DE NÚMERO

Excmo. Sr. Prof. Dr. D. Ignacio Gómez de Terreros

PALABRAS FINALES

Excmo. Sr. Prof. Dr. D. Carlos A. Infantes Alcón

Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla



Sevilla, 23 de noviembre de 2025



INSTITUTO DE ESPAÑA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE SEVILLA

**REFLEXIONES SOBRE LA PEDIATRÍA
Y PAPEL DE LA PEDIATRÍA SOCIAL EN
NUESTRO TIEMPO**

**“DE LA NEUMOLOGÍA INFANTIL A LA PEDIATRÍA
SOCIAL: UN VIAJE PROFESIONAL Y HUMANO”**

**DISCURSO DE RECEPCIÓN DEL ACADÉMICO
DE NÚMERO ELECTO**

Prof. Dr. D. Martín Navarro Merino

**DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL
ACADÉMICO DE NÚMERO**

Excmo. Sr. Prof. Dr. D. Ignacio Gómez de Terreros

PALABRAS FINALES

Excmo. Sr. Prof. Dr. D. Carlos A. Infantes Alcón
Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla



Sevilla, 23 de noviembre de 2025

**REFLEXIONES SOBRE LA PEDIATRÍA Y PAPEL
DE LA PEDIATRÍA SOCIAL EN NUESTRO TIEMPO**
**“DE LA NEUMOLOGÍA INFANTIL A LA PEDIATRÍA SOCIAL:
UN VIAJE PROFESIONAL Y HUMANO”**

Sesión Pública y Solemne

Prof. Dr. D. Martín Navarro Merino

AÑO 2025

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

DERECHOS RESERVADOS © 2025

Edita: Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla

Imprime: Gráficas San Antonio, S.L. Santas Patronas, 24 - 41001 SEVILLA

Teléfono: 954 22 27 47

e-mail: grsanantonio@gmail.com

Impreso en España – Printed in Spain

DEDICATORIA

A mi padre, que con su ejemplo me enseñó a caminar por la vida y me inculcó la pasión por la lectura y el estudio.

A mi madre, que me dio la vida.

A Loli, el pilar que sustenta mi vida y nuestro hogar, el mejor regalo que Dios me ha dado. Sin ti nada sería igual.

A nuestros hijos y nietos, que son nuestra alegría y nuestra luz en los días felices y también en los sombríos.

**REFLEXIONES SOBRE LA PEDIATRÍA Y PAPEL DE LA
PEDIATRÍA SOCIAL EN NUESTRO TIEMPO
“DE LA NEUMOLOGÍA INFANTIL A LA PEDIATRÍA SOCIAL:
UN VIAJE PROFESIONAL Y HUMANO”**

“No hay viento favorable para el que no sabe a dónde va.”
Séneca

-

ÍNDICE

Preámbulo	13
Introducción	19
El encuentro con la Pediatría Social.	19
Nacimiento y evolución de la pediatría en España	23
Del médico de cabecera al pediatra	24
Riesgo de deshumanización	25
Formación de residentes.....	25
Hospitalización pediátrica.....	26
El concepto de la pediatría social	28
Evolución histórica de la Pediatría Social	28
Desarrollo legislativo	31
Misión de la Pediatría Social en la actualidad	32
Desafíos prioritarios en pediatría social.	
Problemas emergentes	33
Pobreza infantil	35
Impacto de la tecnología digital en la infancia y adolescencia	36
Inteligencia Artificial: ventajas y riesgos	41
Salud mental en niños y adolescentes	43
Maltrato infantil y exposición a la violencia	45
El invierno demográfico: analizando barreras	
y buscando soluciones	48
Obesidad infantil y trastornos de la alimentación	52
Trastornos de la alimentación en la infancia y adolescencia...	55
Violación de los derechos de la infancia a consecuencia de	
los conflictos bélicos	56
Retos de la pediatría social del futuro	57
Epílogo	58
Bibliografía	59
Discurso de contestación	
Excmo. Sr. Prof. Dr. D. Ignacio Gómez de Terreros Sánchez	
<i>Académico de Número Emérito de la Real Academia de</i>	
<i>Medicina y Cirugía de Sevilla</i>	67
Palabras finales	
Excmo. Sr. Dr. D. Carlos A. Infantes Alcón,	
<i>Presidente de la Real Academia de Medicina de Sevilla</i>	81

**REAL ACADEMIA DE MEDICINA
Y CIRUGÍA DE SEVILLA**



DISCURSO DE RECEPCIÓN

Prof. Dr. D. Martín Navarro Merino

Académico de Número Electo



PREÁMBULO

**Excelentísimo señor presidente,
Excelentísimos e ilustrísimos señoras y señores académicos numerarios,
Dignísimas autoridades y representaciones,
Señoras y señores académicos correspondientes,
Señoras y señores,
Amigos todos.**

En este solemne momento en que me dispongo a leer mi discurso de ingreso en esta Docta Casa, debo comenzar, con profundo respeto y honda emoción, expresando mi agradecimiento a todos los Ilustres Señores Académicos que integran el Claustro Académico. Espero estar a la altura de la confianza que habéis depositado en mí para ocupar la plaza de Pediatría Social y como señala el Ilustrísimo señor don José Antonio Durán Quintana, "*Hacer Academia*", en la medida de mis posibilidades y con total entrega.

Aunque mi gratitud es extensiva a todos, me veo en la necesidad de hacer algunos reconocimientos explícitos, aun a riesgo de omitir a quienes también lo merecen, en parte por el tiempo limitado de mi exposición.

En primer lugar, dando las gracias al Excmo. Sr. Prof. Dr. D. Carlos A. Infante Alcón, por presidir este acto solemne, su presencia lo engrandece y es una satisfacción y alegría para todos. Gracias por su ejemplo, capacidad de recuperación y consejos.

A los Señores Académicos de mi Sección 4ª de Medicina Social, Ilmos. Sres. D. José María Rubio y D. Jaime Boceta y de manera especial al Excmo. Sr. Prof. Dr. D. Ignacio Gómez de Terreros y los Ilmos. Sres. D. Pedro de Castro y D. Joaquín Lucena, que confiaron en mí para presentarme como candidato para ocupar la plaza de Pediatría Social.

Gracias al Prof. Ignacio Gómez de Terreros, mi maestro en la Pediatría Social, sin su orientación, apoyo y estímulo permanente,

hoy no estaría aquí. Siempre me ha impresionado en él, su capacidad de trabajo, siendo inasequible al desaliento y su gran facilidad para fomentar el trabajo en equipo. Un gran maestro de la Pediatría, el Prof. M. Cruz Hernández, en su discurso de entrada como Académico de Honor de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, en octubre del 2016 dijo de él, *“hace tiempo que me siento hermanado con el Prof. Ignacio Gómez de Terreros, por el interés común en la Pediatría Social, terreno donde él es sin duda una fuente inagotable de sabiduría”*. Ignacio, lo importante no es lo que caminas, sino la huella que dejas al andar y la tuya es profunda en tu vida y en lo referente a la Pediatría Social.



Con los Profs. Hugo Galera Davidson, Ignacio Gómez de Terreros y Federico Argüelles.

He tenido la fortuna de haberme encontrado en el camino de mi vida a D. Pedro de Castro, nos presentó el Prof. Cantillana, después de un acto Académico en la RAMSE a los pocos meses de mi ingreso como Académico Correspondiente, desde el primer momento sentimos un gran magnetismo entre ambos, el cual afortunadamente se mantiene en la actualidad. Para mí es difícil definir a una persona de tanta calidad científica y humana, quizás las palabras más adecuadas serían, *“Que usted D. Pedro es como un padre para mí.”* Gracias de todo corazón.

Gracias, querido Prof. Cantillana, gran maestro en el campo de la cirugía, cuantas vivencias hemos compartido durante nuestra etapa hospitalaria, siempre estabas cuando te necesité y siempre he sentido por ti una gran admiración y cariño, hoy cristalizada en una gran amistad, en tu abrazo siempre siento al amigo y al hermano.

Al Dr. D. Joaquín Lucena, gracias por tu amistad y por tu apoyo en la presentación de mi candidatura para ocupar la plaza de Pediatría Social, espero que pronto desde la Sección 4ª de esta Academia, podamos colaborar en futuros trabajos, como la prevención de la ideación suicida en la infancia y adolescencia.

Al Prof. Jesús Loscertales, y el Dr. Blas Rodríguez de Quesada, pioneros respectivamente en la cirugía por toracoscopia y en la aplicación clínica de la Medicina Nuclear en nuestro país, gracias por sus enseñanzas con los enfermos pediátricos que hemos compartido.

A la memoria del Prof. Hugo Galera Davidson, un gran amigo, su maestría y mi admiración hacia él, perduran en mi recuerdo.

Gracias a todos los Ilmos. Sres. Académicos de Número y Académicos Correspondientes.

A Cristina Chinchilla y Maribel Herrera, secretarias de la RAMSE y de la Fundación RAMSE respectivamente, gracias por vuestra ayuda y colaboración.

Mi agradecimiento a la memoria de los Profesores, D. Manuel Suárez Perdiguero, mi primer maestro en la especialidad de Pediatría, de él aprendí muchas enseñanzas – recuerdo un día que después de presentarle la historia clínica de un niño, me dijo le voy a dar un consejo, para ser el primero es necesario que el puesto esté vacante, pero para ser de los primeros solo hace falta una cosa trabajar con intensidad todos los días -, era un claro mensaje al *“esfuerzo continuado”*.

Al Prof. Armando Romanos, un gran humanista, con él hice la primera publicación científica – Becegeitis en la infancia tras la vacunación con BCG - en la Revista Española de Pediatría.

Un agradecimiento muy especial al Prof. Juan José Cardesa García, que hoy me honra una vez más con su presencia y apoyo, él fue mi tutor durante mi formación como residente de Pediatría, fue el director de mi tesis doctoral sobre, “Relaciones materno-fe-

tales del metabolismo energético en el curso del parto”. Ha sido el Maestro que más impronta ha dejado en mí, tanto a nivel científico, como humano, siempre será un espejo donde mirarme, especialmente por la capacidad de estudio y de superación, recuerdo con cariño los ejercicios que realizó en varias oposiciones para conseguir la Cátedra de Pediatría y en todas tuve el honor de acompañarle y aprender de su ejemplo. Hoy me honra con su amistad y cariño y por mi parte con mi admiración hacia él.

A los Profs. José González Hachero y Casto Estefanía Gallardo, que siempre fueron referentes docentes, con perfiles preferentemente clínicos.

Al Prof. Federico Argüelles, ambos hemos recorrido un camino paralelo tanto a nivel hospitalario como universitario, con la creación y desarrollo de dos especialidades, la Neumología infantil y Gastroenterología Pediátrica del Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVH) en ambas hemos colaborado de forma muy estrecha, consolidándose entre nosotros una gran amistad, y entre los logros conseguidos está la creación de la Unidad de Fibrosis Quística y la consecución de las plazas de Prof. Titular de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla.

Un recuerdo muy cariñoso a la memoria del Prof. Dr. D. Albero Valls Sánchez de Puerta, destacaría en él, además de su gran formación científica, su gran humanidad, él fue un maestro con un doble perfil, por una parte, era un gran especialista en Pediatría Social, quizás por su experiencia como director durante muchos años, de la Inclusa de Madrid en los años de la post Guerra y, por otra parte, era un gran investigador sobre temas de Nutrición Infantil. Siempre conté con su apoyo durante su mandato.

Gracias a la Dra. Guadalupe Pérez, amiga entrañable y gran compañera de trabajo, destacando su esfuerzo continuado y entrega total a los niños, además ha sido para mí de esas personas que necesitas tener cerca, cuando te toca responsabilidad de dirigir un Servicio de Pediatría, porque siempre te dice la verdad sobre tus acciones y de esta forma he corregido errores cometidos y he evitado cometer otros nuevos.

Gracias a María Jesús Díaz-Pintado Lara, me faltan palabras para definir su calidad humana, como persona es extraordinaria y como enfermera un ejemplo para todos. Su horario asistencial se

prolongaba mientras un niño y su familia la necesitara, era el alma de la Unidad de Fibrosis Quística.

En esta misma línea ha estado la Srta. Conchita Hachero, Secretaria del Departamento asistencial y docente, cuando tome posesión como Jefe de Servicio me dijo – no olvide que a partir de hoy es usted responsable de todo el Servicio, no solo de una especialidad-, nunca lo olvidaré, sin su ayuda me hubiera resultado imposible llevar a cabo todas las gestiones administrativas, además quiero destacar su gran calidad humana, los consejos que de ella recibí y el estar siempre dispuesta a colaborar en todo lo que le solicitaba

Gracias a Anselmo Andrés Martín, ha sido un placer trabajar contigo. Eres una gran profesional y pionero en el desarrollo de la fibrobroncoscopia pediátrica en nuestro servicio. Cuántas horas hemos trabajado juntos en la preparación de clases y ponencias para reuniones científicas y congresos.

Al Dr. Juan Antonio Lobato, de todos mis residentes de Pediatría, ha sido del que más he aprendido.

Gracias a mis compañeros de especialidad y a todos los pediatras, personal de enfermería, administrativas, profesoras de la Escuela y Ciberaula, celadores, personal de limpieza, cocina, mantenimiento.... etc., que con su labor hacen posible que el Servicio de Pediatría del HUVM, preste una atención integral al niño y a su familia. Y gracias también por el apoyo, colaboración y cariño que siempre he encontrado en vosotros. Gracias al Dr. Juan Gil



Con el Servicio de Pediatría

Arrones, por su orientación y búsqueda bibliográfica. Y a todos los demás compañeros del Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía (OIAA), del Foro Profesional por la Infancia de Andalucía y del Grupo Sevilla de Pediatría Social.

Al Excmo. Sr. Alcalde de Ojén, mi pueblo natal, D. Juan Ambrosio Merino Márquez, y a D. Pedro García Espada, Concejal de Salud de la misma corporación municipal, por acompañarnos en este Acto.

*“Un agradecimiento muy especial para mis pacientes pediátricos, gracias por vuestra comprensión, capacidad de recuperación, cariño y entrega. Para resumirlo en una frase, diría que: **“los niños han sido mis mejores maestros, los que más me han enseñado”**”.*

“El niño nunca miente, con su mirada te va diciendo si tu diagnóstico es correcto, si el tratamiento elegido es el adecuado y con su sonrisa te indicará el comienzo de su recuperación.”



El pediatra

A la memoria de mi padre, que me enseñó a caminar por la vida y me inculcó la pasión por la lectura y el estudio.

A mi madre que me dio la vida.

A Loli, el pilar que sustenta mi vida y nuestro hogar, el mejor regalo que Dios me ha dado. Sin ti nada sería igual.

A nuestros hijos y nietos, ellos son nuestra alegría y nuestra luz, en los días felices y también en los sombríos. Siempre estáis ahí, siempre.

A mis hermanos Pepi y Pedro.

A mis familiares y amigos.

INTRODUCCIÓN

“De la Neumología Infantil a la Pediatría Social: un viaje profesional y humano”

Tras mis 54 años de experiencia asistencial en el Hospital Universitario Virgen Macarena —primero como médico adjunto, después como Jefe de Sección Especialista en Neumología Infantil y, en los últimos ocho años, como Jefe del Servicio de Pediatría—, siempre he sentido una profunda sensibilidad hacia el componente social que rodea la atención al niño enfermo y a su familia.

En mi trayectoria como neumólogo infantil he comprobado que no es posible abordar adecuadamente enfermedades crónicas como el asma grave o la fibrosis quística, sin considerar el contexto social y las necesidades familiares asociadas a estas patologías. La mejora en la calidad de vida de estos pacientes no puede alcanzarse únicamente mediante tratamientos médicos; requiere también del apoyo psicológico, emocional y material al niño y a su entorno, lo cual es justamente el ámbito de la Pediatría Social.

Uno de los hallazgos más relevantes de una tesis doctoral realizada en nuestro Servicio de Pediatría, bajo mi dirección, sobre la calidad de vida en niños con asma grave, fue que lo que más afectaba a los pacientes no eran las crisis respiratorias ni los ingresos hospitalarios por la gravedad de las mismas, ni el tratamiento diario, sino el hecho de no poder jugar ni participar en actividades deportivas con sus compañeros. Fue mi primer contacto con la pediatría social.

EL ENCUENTRO DEFINITIVO CON LA PEDIATRÍA SOCIAL

En el caso de la fibrosis quística, una enfermedad genética con manifestaciones clínicas graves y persistentes —que en ocasiones requiere incluso trasplante pulmonar para garantizar la supervivencia—, el abordaje terapéutico exige tratamientos farmacológicos complejos, rehabilitación respiratoria, terapia inhalada, administración de antibióticos por vía intravenosa domiciliaria, ingresos hospitalarios frecuentes y apoyo psicológico continuo. Resulta impensable lograr un control eficaz de la enfermedad o mejorar la supervivencia sin una atención integral que contemple su dimensión humanitaria, social y de apoyo a las familias.

Lo expresa con crudeza el lema de la Sociedad Andaluza de Fibrosis Quística:

“Tú respiras sin pensar. Yo solo pienso en respirar”.

Y así lo manifiestan los niños afectados por esta grave enfermedad, al oírlos es muy difícil no emocionarse y te motiva a entregar todo tu esfuerzo a su cuidado y el de sus familias.

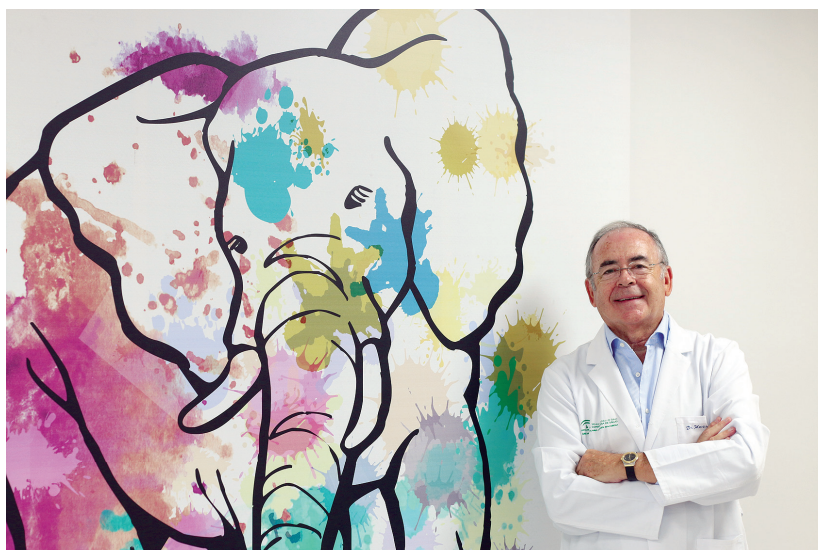


*Unidad de Fibrosis Quística del Hospital Universitario Virgen Macarena.
HUVU. 1995*

Mi vocación por la Pediatría Social se consolidó tras mi nombramiento, en junio de 2010, como Jefe del Servicio y Director de la Unidad de Gestión Clínica de Pediatría del Hospital Universitario Virgen Macarena, responsabilidad que desempeñé hasta mi jubilación en octubre de 2018.

Desde ese momento, sentí que ya no era únicamente responsable de la Sección de Neumología Infantil, sino de todo un Servicio que debía cuidar no solo de la atención clínica, sino también del entorno social y de los intereses del niño hospitalizado, del que acude a urgencias o a consultas externas, en todas las especialidades pediátricas, siempre teniendo presente al niño y a su familia como unidad de atención integral.

Con esta orientación promoví múltiples iniciativas, entre ellas: la creación de la Unidad de Pediatría Social; la renovación de la UCI Pediátrica, adaptada para permitir la presencia de un familiar junto al niño; creación del banco de leche en la Unidad de Neonatología; impulsar junto a la Dra. Ramos, la Unidad de Atención Temprana y Neurodesarrollo; la elaboración de un protocolo para la atención a niños con trastornos del espectro autista; o la ampliación y remodelación del espacio escolar y la ciberaula, entre otras.



Humanizando la hospitalización pediátrica.



Teatro Infantil para niños hospitalizados

En definitiva, llegué a la Pediatría Social desde mi trabajo en la Neumología Infantil, donde siempre he vivido con especial atención la dimensión social de la especialidad. Y desde hace siete años, ya sin responsabilidades asistenciales, me he dedicado plenamente a ella bajo la guía del Prof. Ignacio Gómez de Terreros, mi maestro en esta rama de la Pediatría.

Por todo ello, he querido que mi discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla verse sobre el tema:

“Reflexiones sobre la Pediatría y el papel de la Pediatría Social en nuestro tiempo”.

Y no podemos hablar de la Pediatría Social, sin hacer una breve referencia sobre el nacimiento y evolución histórica de la Pediatría.

NACIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LA PEDIATRÍA EN ESPAÑA

La Pediatría desarrolló su base científica a finales de XIX en Francia, Alemania, Centro Europa, Reino Unido y Estados Unidos. En esa época, nuestro país sigue principalmente un criterio de Pediatría preventiva y social, de puericultura, probablemente, lo más correcto para esa etapa.

La gran lucha de la Pediatría en su primera etapa fue intentar reducir el alto índice de morbilidad y mortalidad infantil. Todavía en 1910, en España, la mortalidad en el primer año de la vida era 160 por 1000 nacidos vivos, y hasta uno de cada cinco niños no llegaba a cumplir los cinco años.

En el año 2017, la mortalidad infantil era de 3,3 por cada 1000 nacidos vivos y actualmente en el 2023 se sitúa en 2,63 fallecimientos por cada 1000 nacidos vivos y en Andalucía la tasa de mortalidad es similar a 2,74 por cada 1000 nacidos vivos. Según datos disponibles del INE. Esto se debe sin duda a la mejora de las condiciones de vida de las familias y de los determinantes sociales de la salud de niños, niñas y adolescentes.

Los primeros pediatras tenían una fuerte implicación social y en la protección a la infancia.

La potenciación de la medicina ambulatoria, entre otras razones, por la falta de recursos para construir hospitales en la España de la postguerra, tuvo el efecto de que mejorasen las condiciones higiénico-sanitarias en los hogares, y que la población acogiera las vacunas y que se concediera importancia a la medicina de primer nivel y preventiva. España fue la precursora en Europa de la atención a la infancia a nivel ambulatorio por parte de especialistas en Pediatría y Puericultura.

Un ejemplo de ello fue la magnífica labor de la Dra. Doña Felicidad Abril, madre del Ilmo. Sr. Académico de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla D. Jesús Loscertales Abril, ella fue pionera de la Pediatría en nuestro país, una de las primeras mujeres Licenciada en Medicina en España (2000-2006) y que realizó una gran labor en la atención a la infancia, no solo en el aspecto sanitario, sino también social y humanitario. *Decía: “Me enfoco en proporcionar una atención integral y personalizada a cada paciente y su familia.”*

El primer tercio del siglo XX fue el de la consolidación de la Pediatría como especialidad y el de su maduración desde la etapa clínica o nosológica la etiopatogenia, poniendo las bases para la terapéutica.

Curiosamente, en las primeras épocas, la atención a los recién nacidos y prematuros no era una prioridad para los pediatras sino, sobre todo, para los obstetras y matronas. El desarrollo inicial de las primeras incubadoras estuvo protagonizado por dos ginecólogos franceses: Stephane Tarnier (1878) y Pierre Budin. Este último está considerado como el padre de la neonatología.

En el recorrido de la vida hay rasgos de similitud entre el inicio y el final.

“SE ACABA COMO SE EMPIEZA”, incluso en la necesidad de cariño y apoyo, similitud emocional y de entrega. Se puede apreciar en la relación de los abuelos con los nietos.

DEL MÉDICO DE CABECERA AL PEDIATRA

“El niño no es un hombre en miniatura “

La Pediatría es la medicina integral aplicada al niño, cuyo rasgo fundamental es el crecimiento y desarrollo y esto lo diferencia de otras etapas de la vida.

El impacto de cualquier noxa, infecciosa o no, va a tener mayor repercusión que en la edad adulta, y posiblemente dejará secuelas en edades posteriores. Ejemplo: la repercusión de la hipoxia sobre el desarrollo cerebral, secuelas de las infecciones del tracto urinario en el parénquima renal, enfermedad pulmonar crónica en el niño prematuro, etc.

Por estos motivos: ***“las medidas de prevención hay que hacerlas en el periodo prenatal y desde el nacimiento, si la retrasamos ya llegamos tarde”*** (Prof. I. Gómez de Terreros)

Igualmente, hay ventanas de oportunidad. Ejemplo: la actuación sobre el cartílago de crecimiento antes de su osificación y de esta forma evitar disminución de la talla final.

Cada niño nace con su GENOMA, en el que lleva implícito su tendencia y severidad a enfermar y sus mecanismos de defensa, no podemos cambiarlos, pero **sí** podemos actuar sobre factores

ambientales, para evitar enfermedades y mejorar la calidad de vida de los niños y adolescentes.

En la actualidad, los avances en genética se aplican como técnica diagnóstica, como ayuda para la elección terapéutica en distintas enfermedades, sobre todo en leucemias y tumores y finalmente como consejo genético. El diagnóstico en un niño de una enfermedad que tenga una base genética permite diagnosticar de forma retrospectiva a otros miembros de la familia que no habían sido diagnosticados y también la detección de portadores de la enfermedad. Como es el caso de niños afectados de Fibrosis Quística, de esta manera una vez más.

“El niño ha sido el padre del hombre.”

RIESGO DE DESHUMANIZACIÓN

“Rodear los progresivos avances de la necesaria humanización, de una inteligencia emocional que permita que al conocimiento se sumen la motivación, la empatía, la autodisciplina y más aún, la habilidad social” El Prof. Cruz Hernández, añade que *“ser pediatra no es solo una especialidad médica, ni siquiera una vocación, sino algo más, una forma de vivir”*, insiste *“la formación humanística es importante a la hora de hablar a las familias, niños y adolescentes y para intentar comprender el dolor humano”*

De manera, que es necesaria la humanización en la asistencia Pediátrica, tanto a nivel ambulatorio como durante la hospitalización. Nada nuevo a la luz de los pensamientos de Séneca:

“No puede el médico curar bien, sin tener presente al enfermo y su familia”

FORMACIÓN DE RESIDENTES

A nuestros residentes lo primero que le enseñamos es a saber distinguir cuando un niño está gravemente enfermo o no, no le pedimos un diagnóstico, de entrada, pero sí que sepa distinguirlo; paralelamente le decimos que tiene que saber escuchar y creer todo lo que le digan los padres por muy disparatado que le parezca en principio.

Escuchar (historia clínica), explorar, pensar, y pedir las pruebas complementarias acorde con lo que has pensado para confirmar el diagnóstico. (Como ejemplo, no diagnosticar una hernia inguino-escrotal en el lactante por explorarlo sin quitarle el pañal.)

“Solo se diagnostica lo que se piensa y solo se piensa lo que se sabe”

El abuso de pruebas complementarias es una deshumanización de la medicina y en Pediatría puede ser una forma de maltrato infantil. No se debe abusar de analíticas repetidas sin estar justificadas o radiaciones innecesarias que tienen un efecto acumulativo (RX, TAC, RNM). Llevo mucho tiempo reclamando la implantación de la cartilla infantil de radiación que ya existe en otros países europeos.

CONSEJO A RESIDENTES: vosotros debéis constituir la barricada frente al desánimo en el trabajo, sois un equipo joven y muy bien formado, encontraréis crecientes obstáculos, pero no caer en el lamentable estado del pediatra agotado o quemado. Y pensad: *“la suerte siempre te coge trabajando”*.

Aunque siguiendo nuevamente, el pensamiento de Séneca, *“el camino de los consejos es largo y el del ejemplo es corto y eficaz”*, por lo tanto, a nuestros pediatras en formación, debemos predicarles con el ejemplo durante el ejercicio de la práctica clínica y fuera de ella.

HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

El primer hospital pediátrico del mundo se fundó en París. Se trata del Hospital des Enfants Malades (1802). Posteriormente, vendría el de la Charité de Berlín (1830) y el Great Ormond Street de Londres (1852).

El primer hospital infantil surgido en España fue el Hospital del Niño Jesús en Madrid. Se inauguró en enero de 1877 y fue en cierto modo la cuna de la Pediatría Española (75 años más tarde que el primer Hospital de Europa y 25 años más tarde que el de Londres).

Con la llegada de D. Manuel Suárez Perdiguero, a ocupar la plaza de Catedrático de Pediatría de Sevilla, a partir de 1960, revitaliza la docencia y la clínica. Construye unas instalaciones de hospitalización pediátrica – nuevas y modernas para su época - en el viejo edificio del Hospital de las Cinco Llagas, y **crea la Escuela Profesional de Pediatría de Sevilla**, que rápidamente se convierte en faro y referencia de la Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura a la que acuden licenciados de toda Es-

paña y Latinoamérica para especializarse. De allí salieron muchos y muy cualificados pediatras.

En este servicio se formaron los pediatras que fueron los fundamentos de varios hospitales pediátricos que se erigieron en los años venideros, siendo el de mayor referencia el **Hospital Infantil Virgen del Rocío** que se inauguró en el año 1971 y también los Servicios de Pediatría de Córdoba y Badajoz, cuyas Jefaturas de Servicio la ocuparon el Prof. Armando Romanos y el Prof. Juan José Cardesa, respectivamente

En 1974 se inauguró el **Hospital Universitario Virgen Macarena**, al cual se trasladó la Escuela Profesional de Pediatría del Prof. D. Manuel Suárez. El Servicio de Pediatría ocupaba toda la sexta planta y un ala de la quinta de dicho Hospital.

El Hospital de la Paz en Madrid, cuya apertura tuvo lugar en 1965, fue la cuna del desarrollo de las especialidades pediátricas.

En la década de los años 60, existía una necesidad imperiosa de modernización de la asistencia, especialmente de la hospitalaria.

El desarrollo de las especialidades pediátricas fue paralelo al desarrollo de la Pediatría Hospitalaria. Hasta entonces, los pediatras se centraban en la atención y el cuidado globalizado de la infancia y requerían de la colaboración de los Especialistas Hospitalarios de adultos de otras ramas, para resolver problemas específicos y así fuimos aprendiendo de ellos las distintas técnicas diagnósticas (como la endoscopia digestiva, la broncoscopia, ecocardiografía, etc.) y los nuevos avances terapéuticos.

También se desarrolló la Cirugía infantil y la especialización en enfermería pediátrica.

Las primeras especialidades pediátricas fueron la Nefrología, Neonatología y Pediatría Social, después fueron llegando todas las demás, las cuales abarcan todas las necesidades diagnósticas y terapéuticas de la Pediatría actual.

La Pediatría Social tiene una característica que la distingue de todas las demás, ya que es una Especialidad troncal con sus fines y misiones concretas, pero además es transversal y tiene un papel bien definido con todas las demás, al tratar los aspectos sociales y de bienestar de la infancia y su entorno familiar en cada una de ellas.

EL CONCEPTO DE LA PEDIATRÍA SOCIAL

La Pediatría Social es una visión de la pediatría que se enfoca en el estudio, prevención y manejo de los factores sociales, ambientales y económicos que afectan la salud y el bienestar de la infancia y la adolescencia. Su objetivo principal es abordar los determinantes sociales de la salud infantil, promoviendo el desarrollo integral de los niños dentro de su entorno familiar y comunitario.

Este enfoque considera no solo las enfermedades y su tratamiento, sino también las condiciones de vida, la educación, el acceso a los servicios de salud y la protección de los derechos de la infancia. La Pediatría Social trabaja en la identificación de problemas como la pobreza infantil, el impacto de la tecnología digital en la infancia y adolescencia, la disminución de la natalidad, la salud mental, el maltrato y exposición a la violencia, la obesidad y trastornos de la alimentación y la falta de acceso a la educación, atención médica adecuada y salud ambiental.

Los profesionales de esta disciplina colaboran con diversas áreas, como la medicina, los equipos de salud mental, la sociología y la educación, para diseñar estrategias de intervención que mejoren la calidad de vida de los niños y adolescentes, asegurando su crecimiento en condiciones óptimas de salud y bienestar social.

“La Pediatría Social es una especialidad transversal y multidisciplinaria.”

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA PEDIATRÍA SOCIAL

Su aparición en España estuvo impulsada por figuras de referencia como los profesores doctores Manuel Cruz Hernández, Manuel Suárez Perdiguero, Carlos García Caballero e Ignacio Gómez de Terreros, influenciados a su vez por autores europeos como Debré, Manciaux, Massé y Mande.

Desde entonces, la Pediatría Social ha recorrido un camino que podemos dividir en **tres etapas**, como se estableció en el **Seminario sobre la Pediatría Social del Presente y del Futuro**, celebrado en Sevilla, en la sede de la Fundación Gota de Leche, en 2021;

Una primera etapa que se inicia en 1972, con la creación de la Sección de Pediatría Social dentro de la Asociación Española

de Pediatría (AEP), y se extiende hasta 2008. Hecho que marcó el inicio de una estructura profesional especializada que se ha ido ampliando con los años.

Surge como una corriente asistencial dirigida a todos los pediatras, caracterizada por el enfoque de la **protección de la infancia** frente a los riesgos del entorno social, como las enfermedades transmisibles, los accidentes como causa de mortalidad, o la desnutrición.

En esta primera fase la pediatría Social se ha desarrollado a expensas de figuras de prestigio que han asumido una dedicación voluntarista, y ha estado centrada fundamentalmente en la creación de **Unidades hospitalarias**.

En 1975 se crea en el Hospital Infantil La Paz, de Madrid, la primera Unidad de Pediatría Social, dirigida por el Dr. Carlos García Caballero. Poco después, el profesor Ignacio Gómez de Terreros crea la Unidad de Pediatría Social en el Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, y ambas Unidades fueron pioneras en articular un modelo asistencial pediátrico centrado en la infancia vulnerable y que posteriormente han servido como modelo para la creación de Unidades de Pediatría Social en otros Hospitales con Asistencia Pediátrica.

En paralelo, se ha producido un **desarrollo progresivo de publicaciones y proyectos de investigación sobre la relación entre los determinantes sociales y la salud infantil**. Autores como Carlos García Caballero, Antonio González Meneses, Ignacio Gómez de Terreros, Felipe Toledo Ortiz, Paz Garnelo, José Antonio Díaz Huertas y Antonio Gaucedo Baranda, entre otros, han contribuido significativamente a este cuerpo de conocimiento.

Desde sus inicios, ya se empieza a debatir si la Pediatría Social debe ser una especialidad pediátrica o una forma de ejercer la pediatría.

En esta etapa tiene lugar un hecho fundamental, como es la **Convención de los Derechos del Niño (CDN)**, promulgada por Naciones Unidas en 1989, a partir de la cual comienza a crearse todo un marco legislativo, internacional y nacional, y su correspondiente desarrollo normativo y de protocolos. **Por primera vez, la infancia adquiere la condición de sujeto de derecho y se establece el bien superior del menor sobre cualquier otro derecho legítimo.**

En 2008, tras los Seminarios celebrados en La Rábida, se introduce el **enfoque epidemiológico y de salud pública** de la Pediatría Social, en el que la Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS) y sus grupos territoriales asumen un papel de interlocutor con las instituciones responsables de las políticas de infancia.

Etapas en que la Pediatría Social se extiende a todas las Áreas Específicas de la Pediatría y se interesa por los determinantes sociales de la salud y, especialmente, por algunos problemas emergentes de gran impacto, como son la pobreza infantil, el impacto de la tecnología digital en la infancia, o la salud mental infantil, entre otros.

Este enfoque pone de manifiesto que se requiere una nueva forma de trabajar, interdisciplinar y en redes profesionales más allá del ámbito de la consulta y del espacio sanitario, para dar respuestas centradas en el acompañamiento de las familias y en la recuperación de proyectos vitales de los niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad.

Ante problemas como la precariedad y la pobreza, la exclusión social, los derivados del mal uso de las tecnologías, la violencia o la pérdida del bienestar mental, la Pediatría Social necesita romper las barreras entre los diferentes niveles asistenciales y se pone de manifiesto la necesidad de una **formación básica para todos** los profesionales y especialistas que trabajan con personas menores de edad y que deben abordar estos problemas desde un nivel inicial.

De la misma forma, la SEPS define en el Libro Blanco de Especialidades Pediátricas de la Asociación Española de Pediatría, cuáles son las **Áreas de Capacitaciones Específicas** que deben tener aquellos o aquellas pediatras que desarrollen funciones de referencia en un segundo nivel de especialización.

A partir de 2021, a partir de la pandemia por coronavirus, la COVID-19, en la que se ponen de manifiesto problemas emergentes y las deficiencias de los sistemas asistenciales y de protección, **comienza la nueva etapa en la que nos encontramos**, marcada por la necesidad de incluir el enfoque integral de la Pediatría Social, en la estructura y en el funcionamiento del sistema sanitario y por la colaboración con instituciones de educación, justicia y servicios sociales.

Sin duda, esto nos plantea nuevos retos y nuevas necesidades que requieren nuevos esfuerzos.

DESARROLLO LEGISLATIVO

Pero también en ese mismo año se promulga, a nivel estatal, la **Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia**, publicada en el 2021 y conocida como **LOPVI**, que establece las medidas de protección, detección precoz, atención integral, recuperación de los derechos vulnerados, de la recuperación de la salud y del proyecto vital de las víctimas.

Y un mes más tarde del mismo año 2021, se promulga la **Ley de Infancia y Adolescencia de Andalucía**, que adapta la actuación de los poderes públicos a las necesidades de la infancia y regula el ejercicio de sus derechos en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, en relación con los servicios de salud, educación, protección y justicia.

En estos años se desarrollan diferentes experiencias de colaboración de los Grupos Territoriales y de la propia SEPS con las instituciones nacionales y autonómicas para el diseño y aplicación de Protocolos que desarrollan y aplican las diferentes leyes y normas.

En este sentido, la SEPS ha participado en la Comisión del Consejo Interterritorial de Salud para la elaboración del **Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la violencia en la Infancia y Adolescencia**, publicado en 2023, que pretende sistematizar la promoción del buen trato y la prevención, detección y el abordaje integral de todos los casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes en los centros sanitarios de todo el territorio nacional, reduciendo la variabilidad asistencial y unificando criterios en los diferentes territorios.

Destaca el papel del Grupo Sevilla de Pediatría Social, que ha participado en la elaboración del **III Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía 2023**, en el que se establecen las prioridades para dar respuesta, desde las diferentes administraciones autonómicas, a las necesidades y problemas de la infancia y, que sirve de referencia para el desarrollo de un nuevo modelo asistencial pediátrico.

De la misma forma, ha participado en la elaboración del **Plan Estratégico de salud de la infancia y adolescencia 2024-2027**, que establece las medidas sanitarias para mejorar/promover la salud y el bienestar de la población infantil y juvenil en Andalucía, y mejorar a la atención a los problemas prevalentes de salud.

Todos estos instrumentos normativos deben ser aplicados y servirán como guía en la práctica asistencial; lo que, a su vez, necesita la colaboración entre las organizaciones de Pediatría Social y los órganos de gestión de nuestras instituciones sanitarias y no sanitarias.

Este desarrollo legislativo con el enfoque epidemiológico y de salud pública, ha permitido incorporar de manera clara el interés de los profesionales y de las instituciones por abordar los determinantes sociales de la salud, con especial atención a las familias más vulnerables; lo que debe considerarse, en gran medida, como un logro de la Pediatría Social a lo largo de todos estos años.

En este contexto histórico podemos analizar cómo es la Pediatría Social del presente y definir las bases de la Pediatría Social del futuro.

MISIÓN DE LA PEDIATRÍA SOCIAL EN LA ACTUALIDAD

Podemos afirmar que la MISIÓN de la Pediatría Social en el momento actual consiste en **impulsar y colaborar en la aplicación en la práctica asistencial** de los derechos de la infancia tanto a su desarrollo y bienestar, como a la prevención y adecuada atención integral de sus problemas de salud derivados de los determinantes sociales; como establece la legislación en vigor.

Para ello es necesario participar con las instituciones el desarrollo de **estrategias de coordinación** entre los diferentes sectores; en la **creación de estructuras asistenciales adaptadas** a las características y a los problemas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes menores de 18 años; en la elaboración y aplicación de **protocolos** en la práctica clínica; así como en la **formación básica de todos los profesionales** que atienden a personas menores de edad.

Todo lo cual requiere un **segundo nivel de profesionales implicados y formados en Pediatría Social** que desarrollen estudios de investigación, y elaboren propuestas metodológicas y estrategias que sean operativas en la práctica, orientadas a mejorar la calidad asistencial y el apoyo a las familias.

El trabajo de la Pediatría Social de este momento se dirige, pues, por una parte, a los **profesionales** y, por otra, a las **instituciones**; con el objetivo central puesto en la persona menor de edad, que tiene derecho a su desarrollo y bienestar, y a recibir una atención integral de los problemas y de los desafíos prioritarios para su salud.

DESAFÍOS PRIORITARIOS. PROBLEMAS EMERGENTES EN PEDIATRÍA SOCIAL.

Cada época está marcada por desafíos específicos para la salud de la población infantil y juvenil, derivados en gran medida de determinantes sociales adversos.

En el momento actual, según los estudios realizados por Organizaciones de Infancia como UNICEF, Save the Children, EDUCO, EAPN, e instituciones como el Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía (OIAA); y como queda recogido en el III Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía; desde la mirada de la Pediatría Social destacamos **los problemas de salud más relevantes que tiene la población infantil de Andalucía y que requiere una atención específica, adaptada, integral y prioritaria.**

1. POBREZA INFANTIL.

La pobreza infantil en Andalucía es una problemática alarmante que afecta a una proporción significativa de la población menor de edad. No se trata solo de una cuestión de recursos económicos, sino de una realidad que impacta profundamente en el desarrollo físico, emocional, psicológico, social e intelectual de los niños.

“La pobreza infantil oculta: una realidad que no queremos ver.”

Es fundamental visibilizar la pobreza que nos rodea, la que muchas veces ignoramos o no queremos reconocer. Esta “pobreza oculta” tiene consecuencias devastadoras para la infancia, generando desigualdades en oportunidades, en acceso a recursos y en desarrollo personal.

Para comprender la evolución de la pobreza, debemos analizar sus distintas dimensiones:

- **Escasez de recursos y desigualdad económica:** La creciente brecha entre ricos y pobres.
- **Inequidad y vulnerabilidad:** Factores que perpetúan la exclusión social.

- **Sumisión social y aporofobia:** Rechazo a las personas en situación de pobreza, concepto desarrollado por la filósofa Adela Cortina.
- **Exclusión social y falta de cohesión:** La incapacidad del sistema para integrar a quienes viven en condiciones precarias.

Datos alarmantes sobre la pobreza infantil en Andalucía

Las cifras actuales reflejan la gravedad de la situación:

- **Informe AROPE (Estrategia Europa 2030):** En 2024, el **36,9%** de los menores andaluces estaban en **riesgo de pobreza o exclusión social**, habiendo disminuido en un 1,4% en el último año, estando por encima de la media nacional del **34,7%** (2024 INE).
- **Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía 2025:** El **29,8%** de los menores en Andalucía, se encontraban en situación de pobreza, viven con ingresos por debajo del umbral del 60% de la media nacional
- **Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía 2025:** El **14,2%** de los niños y adolescentes de Andalucía viven en situación de pobreza grave o severa en 2024, el **20,6%** si se emplea el umbral de pobreza severa de España.

En 2024, en la Unión Europea el 19,3% de los niños, niñas y adolescentes están en riesgo de pobreza relativa, frente al 16,2% de la población de todas las edades (3 puntos porcentuales de diferencia). ***España es este año el país de la UE con mayor porcentaje de niñas, niños y adolescentes en riesgo de pobreza (29,8%), seguido de Bulgaria (28,2%) y Rumanía (26,2%).***

Medidas para Combatir la Pobreza Infantil en Andalucía desde la Pediatría Social

Ante esta preocupante realidad, diversas organizaciones han propuesto estrategias para combatir la pobreza infantil:

- **Apoyo familiar y social a la primera infancia 0-6 años:** Etapa clave en el desarrollo de la personalidad, especialmente en 0-3 años.
- **Detectar familias en riesgo de pobreza y vulnerabilidad social,** que no es fácil, y notificarlo a los Servicios Sociales para iniciar medidas de apoyo a las familias, **con especial atención a familias monoparentales y mujeres en situación de violencia de género.**
- **Fortalecer el sistema educativo:** Reducir la desigualdad de oportunidades desde la infancia y aplicar programas de compensación y refuerzo educativo
- **Asegurar el acceso universal a la educación infantil:** Proveer educación desde la primera infancia como herramienta clave contra la pobreza, como medida de compensación de las carencias familiares.
- **Ayuda para acceder a una vivienda digna.**

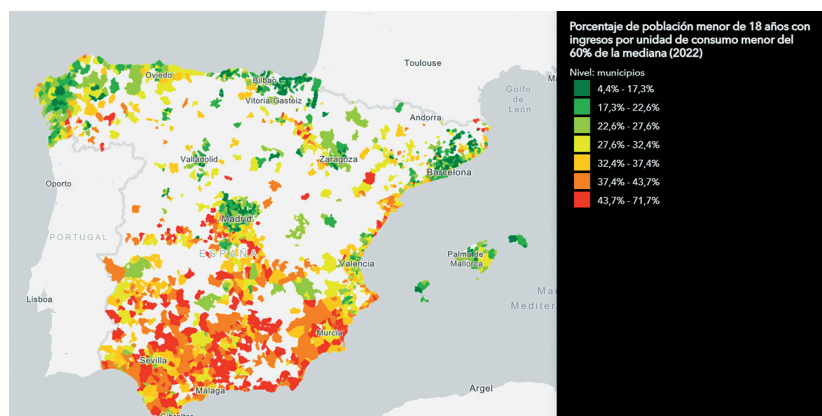
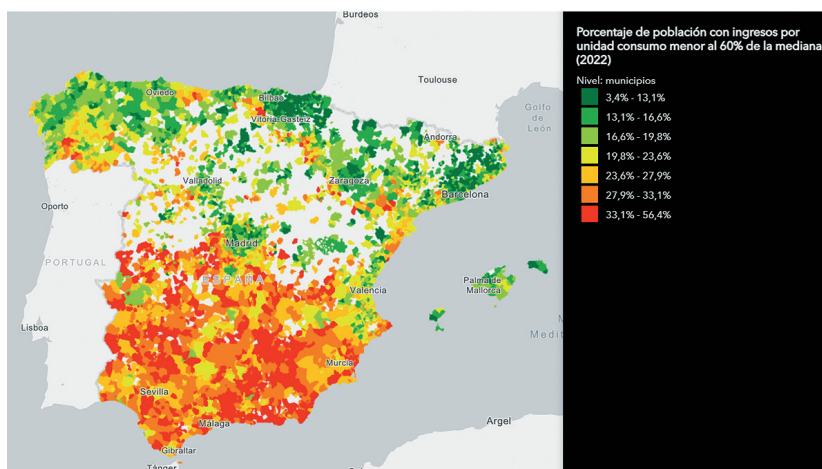
Como ya se ha señalado, **España es uno de los países con mayor índice de pobreza infantil en la Unión Europea.** Un 29,8% de los menores viven en hogares vulnerables, mientras que la inversión en políticas familiares sigue siendo insuficiente y carecemos de una prestación universal para la infancia, como sí ocurre en otros países europeos.

Las sociedades con mayor cohesión social cuentan con:

- **Planificación territorial inclusiva.**
- **Distribución equitativa de las rentas.**
- **Servicios públicos universales y de calidad.**
- **Facilidad de acceso a la cultura y a los derechos sociales.**

Nuestra comunidad autónoma es una de las más afectadas por la pobreza infantil en España, y revertir esta situación requiere un esfuerzo conjunto. La infancia es el futuro de nuestra sociedad, y garantizar su bienestar no es solo una cuestión de justicia social, sino una inversión en el desarrollo y progreso de Andalucía. (Figuras 7 y 8. Atlas de distribución de la renta de los hogares en España y su correlación con las tasas de pobreza.)

El desafío es grande, pero la responsabilidad es de todos.



Atlas de distribución de la renta de los hogares en España y su correlación con las tasas de pobreza.

2. EL IMPACTO DE LA TECNOLOGÍA DIGITAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

A pesar de estos avances, nuevos desafíos han surgido, entre ellos, el impacto de la tecnología digital en la infancia y la adolescencia. El uso racional de estos recursos es fundamental para la educación y el desarrollo profesional futuro de los niños. Sin embargo, su uso inadecuado puede tener consecuencias negativas.

El estudio de UNICEF, sobre el impacto de la tecnología digital en la infancia y adolescencia, con un número de

50.000 participantes de todo el país, en edades entre 11 y 18 años, dentro de este total, la participación en Andalucía fue de 2.228, y los resultados son una fotografía muy precisa sobre como usan al tecnología digital los niños y niñas de nuestro entorno y sobre todo, cómo se relacionan a través de las pantallas y los dispositivos electrónicos.

- **Teléfono móvil:** El 95,2% de los adolescentes dispone de un dispositivo con conexión a internet, al que acceden por primera vez a la edad media de 10,63 años, considerada precoz e inadecuada.
- **Uso diario:** El 40% pasa más de cinco horas diarias conectadas entre semana, cifra que aumenta al 58,9% los fines de semana.
- **Tiempo libre:** En cuanto a la contextualización dentro del ocio de niños y adolescentes, a pesar de que presentan un repertorio de ocio variado, es patente el protagonismo de la tecnología. En este sentido, un 96,1% de los encuestados declaran que usan el móvil o el ordenador en sus **actividades de ocio**, frente a un 70,5% que hace deporte.
- **Redes sociales:** Casi la totalidad (99,2%) de niños y adolescentes de 11 a 17 años están registrados al menos en una red social (RS), de los que el 85,3% están registrados en tres o más RS y el 61,7% tienen varias cuentas o perfiles dentro de una misma RS. YouTube, Instagram y TikTok son las redes sociales más aceptadas.
- **Internet:** Los cuatro usos más habituales de la red tienen que ver con fines relacionales o lúdicos (por ejemplo, comunicarse, escuchar música o ver vídeos, participar en redes sociales, etcétera), mientras que el quinto uso en la red es la realización de tareas escolares (96,1%). En general, el sentimiento prioritario en la red es la alegría (96,4%) o relajación (80,7%) y 4 de cada 10 niños y adolescentes andaluces declaran que están conectados para no sentirse solos.
- Seis de cada diez adolescentes duermen con el móvil, y uno de cada cuatro se conecta por la noche, reduciendo sus **horas de descanso** y aumentando los riesgos asociados.

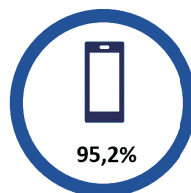
- **Conductas de riesgo:** Seis de cada diez adolescentes han aceptado solicitudes de desconocidos en redes sociales; uno de cada diez ha recibido una proposición sexual de un adulto por internet, y un 31% ha enviado imágenes o videos de contenido erótico/sexual.
- En cuanto a los **videojuegos**, el 60% los usa como principal medio de ocio, con un promedio de 7,3 horas semanales. Sin embargo, un 5,8% juega más de 30 horas semanales, muchas veces con contenido inapropiado para su edad. El sedentarismo derivado de esta actividad aumenta el riesgo de síndrome metabólico infantil, caracterizado por obesidad, resistencia a la insulina, alteraciones en los lípidos sanguíneos e hipertensión. También, un exceso de horas delante de las pantallas aumenta la incidencia de miopía y favorece la posible adicción.

IMPACTO DE LA TECNOLOGÍA DIGITAL EN LA POBLACIÓN INFANTO- JUVENIL

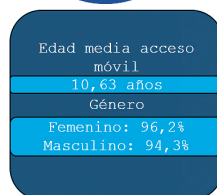
Uso del teléfono móvil

El **95,2%** de los adolescentes dispone de teléfono móvil con conexión a Internet, dispositivo al que acceden a los 10,63 años por término medio.

El **93,4%** de los estudiantes de 1º y 2º de ESO ya tienen su propio smartphone.



6 de cada 10 adolescentes duermen con el móvil.
1 de cada 4 se conecta por la noche.



Uso diario del móvil. Estudio UNICEF 2021: Impacto de la tecnología digital en la infancia y adolescencia.

El ciberacoso: una preocupante realidad

El ciberacoso es otra amenaza creciente. En Andalucía, la prevalencia de víctimas de acoso digital es del 10,7%, mientras que un 11,8% son simultáneamente víctimas y agresores. Este fenómeno afecta gravemente el bienestar emocional y puede llevar a la depresión. De hecho, la investigación muestra que la ideación suicida en víctimas de ciberacoso se multiplica por cuatro en comparación con otros adolescentes.



Niños usando el móvil.

El papel de la familia y la regulación necesaria

A pesar de estos riesgos, el estudio indica que solo el 23,6% de los adolescentes encuestados recibe normas de uso de la tecnología por parte de sus progenitores. Además, cuatro de cada diez afirman que sus padres utilizan el móvil durante las comidas, lo que refleja la necesidad de mayor concienciación y formación en el entorno familiar, pero también considerar que tenemos que facilitarles a través de cursos de formación los conocimientos necesarios para poder hacerlo adecuadamente, tarea que en un gran número de familias resulta muy difícil de realizar.

Es fundamental que la sociedad, los gobiernos y las empresas tecnológicas trabajen en conjunto para establecer mecanismos de protección. Algunas iniciativas recientes incluyen:

- 1. Ley reguladora del uso de pantallas en la Escuela:** Que regule el acceso a la tecnología de manera progresiva. Los niños de 0 a 3 años no tienen contacto con dispositivos digitales; de 3 a 6 años, el uso es máximo de una hora a la semana; de 8 a 10 años, una hora y media; de 10 a 12 años, dos horas, siempre bajo supervisión docente. La Comunidad de Madrid es una de las primeras regiones junto a Murcia que han anunciado su imposición a partir del curso 2025-2026.

En el último informe PISA, de junio pasado, la OCDE, estudió las consecuencias de la tecnología en el aula y comparó los resultados académicos de diferentes modelos según el tiempo de uso de los dispositivos. Los resultados apuntaban a que un uso muy moderado de la tecnología aumentaba el rendimiento académico, la diversión y el sentido de pertenencia al colegio del alumnado.

- 2. Ley de Protección Digital de Menores:** Impulsada por el Ministerio de Juventud e Infancia, tiene como objeto establecer medidas para proteger a los menores frente al acceso a contenidos perjudiciales en las redes.

Conclusiones

1. Es indudable **que la tecnología forma parte de la vida de los adolescentes**, que hacen un uso generalizado de Internet, las Redes Sociales e innumerables Aplicaciones, en muchos casos de manera intensiva, lo que puede implicar una interferencia seria en el día a día y en su desarrollo personal.
2. El uso de pantallas supone un aporte trascendental “innegociable” para los adolescentes, tanto a nivel social como emocional. Les ayuda a hacer amistades, a no sentir soledad y encuentran a través de la red alegría, diversión, placer, apoyo, comprensión y bienestar emocional, **un surtidor de afectos y experiencias en el que priman las emociones positivas y sin el que hoy parece difícil vivir.**
3. Ha quedado patente, no obstante, que el uso globalizado de la Red implica una serie de **riesgos que no debemos obviar**. Se han registrado cifras preocupantes de contacto con personas desconocidas y casos de acceso a contenidos pornográficos.
4. En contraposición con los datos anteriores, llama la atención **el escaso nivel de supervisión que parecen estar ejerciendo los padres**, no del todo conscientes de su papel como modelo en el uso de las pantallas, de la necesidad de acompañamiento y de establecer una buena higiene digital en el hogar.

5. A pesar de que el uso problemático de Internet aún no es considerado como una adicción por la OMS, los datos revelan que se está convirtiendo en **un problema de Salud Pública**.
6. **El uso de videojuegos constituye uno de los principales canales de ocio, con importantes implicaciones también a nivel de salud y de convivencia.** Muchos adolescentes podrían estar haciendo un uso intensivo y sin supervisión de videojuegos no recomendados para su edad.
7. **La lucha contra el Acoso Escolar y el Ciberacoso debe ser una prioridad.** Un análisis detenido de los datos debe ser útil para el diseño de nuevas políticas de prevención.
8. Los datos permiten constatar **la estrecha relación entre las nuevas formas de adicción o “Uso Problemático” de la tecnología y la salud mental, con mayores tasas de depresión asociadas y un menor bienestar emocional.**
9. **La Educación Online ha llegado para quedarse y constituye un nuevo desafío, no solo a nivel tecnológico, sino también didáctico y vital, si queremos que sea una herramienta eficaz de aprendizaje.** Integrada en el conjunto del proceso educativo.

El avance en la Pediatría ha permitido mejorar la salud y la calidad de vida de la infancia, pero los nuevos desafíos exigen una acción conjunta. Es imprescindible educar a las familias, regular el uso de la tecnología y establecer mecanismos de protección para garantizar un desarrollo saludable de niños y adolescentes en la sociedad digital actual.

3. INTELIGENCIA ARTIFICIAL: VENTAJAS Y RIESGOS

La inteligencia artificial (IA) se está convirtiendo en una parte cada vez más integral de la vida cotidiana de niños y adolescentes. Por ello, resulta fundamental analizar tanto las ventajas como los riesgos asociados con su uso en este grupo de edad.

VENTAJAS

- Aprendizaje personalizado:

La IA permite ofrecer un aprendizaje adaptado a las necesidades y capacidades de cada niño o adolescente. Por ejemplo,

los sistemas de educación en línea pueden utilizar algoritmos de IA para ajustar automáticamente el nivel de dificultad y el contenido de los cursos según el rendimiento y las necesidades individuales de cada estudiante.

- **Acceso a la información:**

La IA puede proporcionar acceso a una gran cantidad de información y recursos educativos de manera rápida y eficiente. Por ejemplo, los asistentes virtuales pueden ayudar a los niños y adolescentes a encontrar información y recursos en línea de manera segura y eficiente.

- **Desarrollo y habilidades:**

La IA puede ayudar a los niños y adolescentes a desarrollar habilidades importantes como la resolución de problemas, la creatividad y la colaboración. Por ejemplo, los juegos y simulaciones que utilizan la IA pueden ayudar a los niños y adolescentes a desarrollar habilidades de resolución de problemas y pensamiento crítico.

- **Diversión y entretenimiento:** La IA puede proporcionar una variedad de opciones de entretenimiento y diversión para los niños y adolescentes, como juegos y vídeos. Por ejemplo, los juegos de realidad virtual y aumentada pueden proporcionar experiencias de entretenimiento inmersivas y personalizadas.

RIESGOS

- **Privacidad y seguridad:** La IA puede recopilar y almacenar datos personales y sensibles de los niños y adolescentes, lo que puede poner en riesgo su privacidad y seguridad. Por ejemplo, los sistemas de IA pueden recopilar datos sobre hábitos de juego y navegación en línea.

- **Dependencia Excesiva:** la IA puede crear una dependencia excesiva, lo que puede afectar su capacidad para resolver problemas y tomar decisiones de manera independiente.

- **Impacto en la salud mental:** La IA puede tener un impacto negativo en la salud mental, especialmente si se utiliza de manera excesiva o inadecuada

CONSEJOS Y RECOMENDACIONES PARA UNA UTILIZACIÓN SEGURA Y SALUDABLE

- Supervisión parental: para asegurarse que se utilice de una manera segura y saludable.
- Educación y conciencia: deben ser educados sobre los riesgos y beneficios de la IA y cómo utilizarla de manera responsable.
- Establecer límites y reglas.
- Monitoreo del impacto, se debe monitorear el impacto de la IA en la salud mental y el bienestar y tomar medidas para mitigar cualquier efecto negativo.

En resumen, la IA puede ser una herramienta valiosa para los niños y adolescentes, pero es importante ser consciente de los riesgos y tomar medidas para mitigarlos.

4. SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

La salud mental, entendida como mejora del bienestar mental, es un componente esencial del bienestar integral de la infancia y la adolescencia. En particular, la adolescencia es una etapa crítica del desarrollo en la que se consolidan habilidades emocionales, sociales y cognitivas fundamentales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 10 % y el 20 % de los adolescentes en todo el mundo experimentan problemas de salud mental, y aproximadamente la mitad de los trastornos mentales comienzan antes de los 14 años.

Situación de la Salud Mental Infantil en España

El informe sobre salud mental infantil publicado por la Plataforma de la Infancia y la Adolescencia en España el 20 de diciembre de 2024 señala un deterioro significativo en los últimos años. Trastornos como la ansiedad, la depresión, la ideación suicida y autolesiones y los trastornos de la conducta alimentaria han aumentado de manera preocupante. Entre los factores que han contribuido a esta tendencia se encuentran:

- El impacto de las medidas de aislamiento por la pandemia de la COVID-19.
- El estrés académico.
- Las dificultades familiares.
- El uso excesivo de las nuevas tecnologías.

Principales Problemas de Salud Mental en la Infancia y Adolescencia

1. Trastornos de ansiedad y depresión

- o La ansiedad se manifiesta a través de preocupación persistente, tensión emocional y síntomas físicos como dolores de cabeza o problemas digestivos.
- o La depresión se caracteriza por tristeza profunda, pérdida de interés en actividades cotidianas y pensamientos negativos sobre uno mismo.
- o En muchos casos, la ansiedad puede ser un factor precursor de la depresión.

2. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

- o Afectan a un gran número de adolescentes, especialmente a chicas.
- o Están relacionados con la presión social, la autoimagen distorsionada y la influencia de las redes sociales.
- o La anorexia y la bulimia son los tipos más comunes y pueden generar graves consecuencias físicas y psicológicas.

3. Ideación suicida y autolesiones

- o Se ha observado un aumento preocupante en los intentos de suicidio y autolesiones entre adolescentes.
- o Factores como el acoso escolar, la violencia familiar y la presión social contribuyen a este fenómeno.
- o El ciberacoso agrava la situación al exponer a los menores a violencia emocional constante en entornos digitales.

Grupos en Mayor Riesgo

El informe destaca que ciertos grupos de niños y adolescentes enfrentan un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental debido a su contexto social y económico:

1. Infancia en riesgo de pobreza o exclusión social

- o La precariedad económica, la inseguridad alimentaria y la falta de acceso a servicios de salud mental aumentan los niveles de estrés y ansiedad.

2. Infancia migrante y refugiada

- o La separación familiar, la violencia en los países de origen y las dificultades de integración en un nuevo entorno pueden generar ansiedad, depresión y estrés postraumático.

3. Infancia víctima de violencia

- o La exposición a violencia en el hogar, la escuela o la comunidad incrementa el riesgo de desarrollar problemas de salud mental como baja autoestima y dificultades en las relaciones interpersonales.

4. Infancia en el sistema de protección

- o Los menores en centros de acogida suelen haber vivido situaciones de abuso o negligencia, lo que puede afectar su desarrollo emocional y social.

5. Infancia con discapacidad

- o La discriminación, la falta de apoyos adecuados y la sobrecarga emocional en sus familias pueden derivar en ansiedad y depresión, especialmente cuando no cuentan con recursos para su inclusión plena.

Conclusión

El informe subraya la urgencia de fortalecer los servicios de salud mental infantil en España, con especial atención a los niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad. Es imprescindible promover políticas públicas que garanticen el acceso a recursos y apoyos adecuados para todos los menores, asegurando así su bienestar integral y su desarrollo pleno.

5. MALTRATO INFANTIL Y EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA

“En la infancia, no todo es Felicidad, como así debería ser”

La violencia contra la infancia es un problema grave de salud pública y derechos humanos. Según estimaciones internacionales, más de mil millones de niños y niñas de entre 2 y 17 años sufren algún tipo de violencia cada año. En el ámbito doméstico, esta violencia suele pasar desapercibida debido a la normalización de ciertos estilos de crianza y a la creencia errónea de que se trata de un asunto privado, lo que dificulta su detección y la protección de las víctimas.

El estudio de UNICEF España, publicado por el Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía en 2025, revela que uno de cada cuatro adolescentes ha sido víctima de violencia en el hogar en el último año. La violencia psicológica o emocional es la más reportada (16,9%), seguida de la violencia física (7%). Además, las chicas presentan un mayor riesgo de victimización, especialmente en lo que respecta a la violencia psicológica. Asimismo, se constata una mayor vulnerabilidad entre adolescentes pertenecientes a minorías sexuales y étnicas.

Tabla 1. *Experiencias de victimización en el núcleo familiar sufridas en el último año en la muestra total y según el género*

	TOTAL <i>n</i> = 4.024		GÉNERO <i>n</i> (%) <i>n</i> = 3.919		
	<i>n</i>	%	Chicos <i>n</i> = 1.858	Chicas <i>n</i> = 2.061	OR [IC]
Maltrato por parte de figuras cuidadoras	842	20,9	278 (15)	539 (26,2)	2,01*** [1,71-2,36]
Violencia física	284	7	96 (5,2)	170 (8,2)	1,65*** [1,27-2,14]
Violencia psicológica/emocional	680	16,9	205 (11)	462 (22,4)	2,33*** [1,95-2,78]
Negligencia física	131	3,3	42 (2,3)	76 (3,7)	1,66** [1,13-2,43]
Interferencia parental	122	3	53 (2,9)	61 (3)	1,04 [0,72-1,51]
Violencia sexual por tocamientos	36	0,9	10 (0,5)	22 (1,1)	1,99 [0,94-4,22]
Violencia sexual por sexo oral/penetración	7	0,2	5 (0,3)	2 (0,1)	0,36 [0,07-1,86]
Exposición a violencia familiar	572	14,2	158 (8,5)	406 (19,7)	2,64*** [2,17-3,21]
Violencia física entre progenitores	99	2,5	24 (1,3)	74 (3,6)	2,85*** [1,79-4,53]
Violencia verbal entre progenitores	523	13	145 (7,8)	373 (18,1)	2,61*** [2,13-3,20]
Violencia física hacia hermanos/as	107	2,7	26 (1,4)	76 (3,7)	2,70*** [1,72-4,23]
Violencia física hacia abuelos/as	18	0,4	5 (0,3)	10 (0,5)	1,81 [0,62-5,30]

NOTA. OR = Odd Ratio. IC = Intervalo de confianza. La significación se ha indicado con asteriscos: **p* < .05, ***p* < .01, y ****p* < .001. Las diferencias entre géneros se han calculado sobre los y las adolescentes que se identificaban como hombre o mujer, dado que eran los grupos mayoritarios (97,4% de la muestra).

Experiencias de victimización en el núcleo familiar.

En cuanto a los perpetradores, los resultados indican que las madres o figuras maternas son, con mayor frecuencia, responsables del maltrato directo, seguidas de los padres o figuras paternas. Esto se debe a su rol predominante en el cuidado de los hijos. Sin embargo, en los casos de violencia entre miembros de la familia, los padres son los principales agresores en la violencia física y verbal entre progenitores y en la violencia dirigida hacia hermanos y abuelos.

Recientemente, el Ministerio de Juventud e Infancia ha publicado un informe titulado “Prevalencia de la violencia contra la infancia y la adolescencia en España”, elaborado por la Dirección General de Derechos de la Infancia y la Adolescencia (2025).

Este estudio constituye la primera macroencuesta estatal sobre violencia contra niñas, niños y adolescentes, y representa un avance fundamental en el conocimiento y la evaluación de las políticas públicas derivadas de la Ley Orgánica 8/2021 (LOPIVI).

El informe tiene un carácter retrospectivo, basado en una macroencuesta nacional a jóvenes de entre 18 y 30 años, que recuerdan y autodeclaran las experiencias de violencia sufridas durante su infancia o adolescencia.

Este diseño permite estimar la prevalencia acumulada y evolutiva de las distintas formas de violencia en España durante las últimas dos décadas, aportando una visión generacional e histórica del impacto de la violencia en la infancia y sus consecuencias a largo plazo.

Principales resultados:

- **Violencia psicológica: 48,1%.**
- **Violencia física: 40,5 %.**
- **Violencia sexual: 28,9 %.**
- **Violencia en el ámbito de la pareja: 25,7 % (48,3 % entre quienes tuvieron pareja en la adolescencia).**
- **Negligencia: 24,4 %.**
- **Violencia digital: 24,9 %.**

Estos datos reflejan la magnitud estructural del problema y subrayan la necesidad de reforzar la detección precoz, la coordinación intersectorial y la respuesta sanitaria y social desde la pediatría.

Desde la Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS), consideran este informe un instrumento esencial para orientar la acción profesional, la formación en buen trato y las estrategias de prevención e intervención integral, en coherencia con el marco de la LOPIVI y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Estos estudios ponen de manifiesto la urgencia de desarrollar estrategias de prevención y protección frente a la violencia fami-

liar, basadas en un enfoque de derechos de la infancia. Es imprescindible implementar medidas de sensibilización, capacitación y apoyo a las familias, así como fortalecer las redes de detección e intervención en los ámbitos educativo, social y sanitario para garantizar entornos seguros y protectores para la infancia y la adolescencia.

Desde la pediatría social, la prevención del maltrato intrafamiliar debe abordarse de manera integral y multidisciplinar. Algunas estrategias clave incluyen:

- Evaluar de manera sistemática posibles signos de maltrato en cada consulta pediátrica de rutina, observando indicadores físicos (hematomas inexplicables, desnutrición, retrasos en el desarrollo) y emocionales (ansiedad, retraimiento, miedo a los cuidadores).
- Implementar herramientas estandarizadas de cribado en consultas pediátricas para detectar experiencias de violencia familiar, especialmente en niños y adolescentes en situación de riesgo (familias en contextos de exclusión, violencia de género, padres con problemas de salud mental o adicciones).
- Crear un espacio seguro y de confianza en la consulta para que los niños y adolescentes puedan expresar sus experiencias, prestando especial atención a los grupos de mayor vulnerabilidad, como minorías sexuales y étnicas.

Solo con un compromiso firme y coordinado podremos garantizar una infancia libre de violencia y en igualdad de oportunidades.

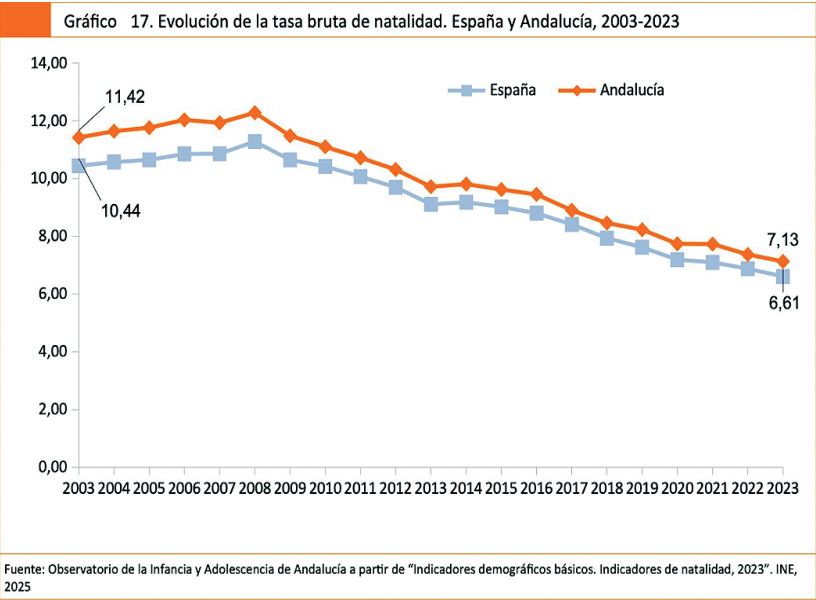
6. EL INVIERNO DEMOGRÁFICO: ANALIZANDO BARRERAS Y BUSCANDO SOLUCIONES.

El reto demográfico es un desafío de nuestro tiempo y para su análisis es necesario estudiar de dónde venimos, dónde estamos y cuáles son las perspectivas futuras de la situación demográfica actual. **Es evidente que el descenso progresivo de la natalidad tiene causas multifactoriales**, destacando entre ellas la escasez de empleo para la población de jóvenes, con una remuneración adecuada, la dificultad para la adquisición o alquiler de una vivienda y para establecer una conciliación familiar adecuada.

Este descenso de la natalidad también produce gravísimas consecuencias tanto sociales como económicas, cada vez tenemos una población más envejecida, con un aumento del gasto para su mantenimiento adecuado y un escaso relevo generacional.

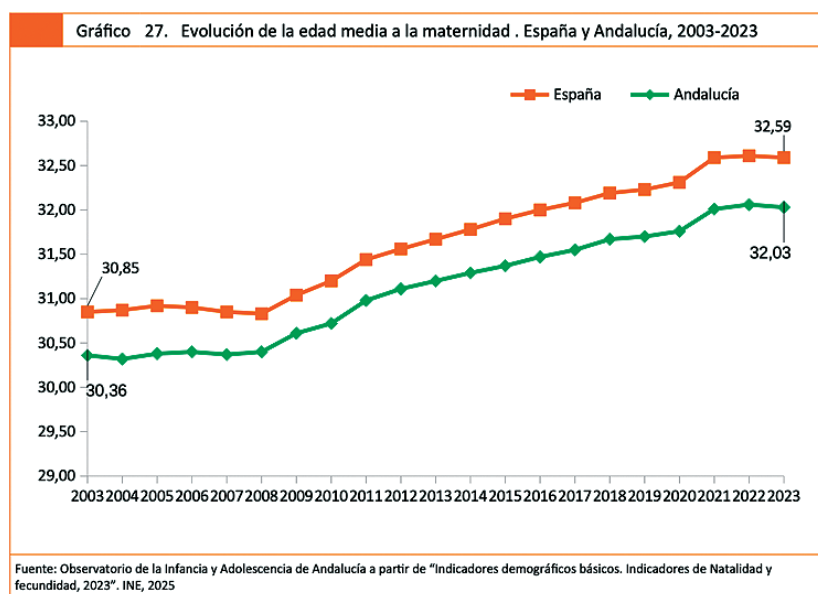
Según datos del Instituto Nacional de Estadística, podemos afirmar que la caída de la natalidad es un problema que afecta a toda España, en la última década en Andalucía ha caído la natalidad un 24,8%, un índice superior a la media nacional del 24,4%, siendo su peor dato histórico de nacimientos, de esta forma, nuestra Comunidad Autónoma se mantiene **en situación de invierno demográfico: mueren más personas que nacen**.

Respecto a los indicadores demográficos relacionados con la población andaluza, en primer lugar, analizamos la tasa bruta de natalidad. En 2003 se registraron 11,42 nacimientos por cada 1000 habitantes, mientras que en 2023 fue de 7,13. Su evolución entre el 2003 y el 2023 ha sido descendente, con 4,5 puntos de diferencia entre el inicio y el final del periodo señalado. Según el Observatorio por la Infancia y Adolescencia de Andalucía, en su Informe de Demografía (OIAA) 2025.



Evolución de la tasa bruta de natalidad.

Pero si es llamativo el descenso de la natalidad, también lo es el aumento de la edad de las mujeres para tener hijos. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en los nacimientos registrados entre enero y septiembre de 2023, el 62,6% de las primíparas tenían entre 30 y 39 años, el 17% entre 25 y 29 años, el 10,4% menos de 25 años y el 8,4% tenían 40 años o más. Los últimos datos provisionales del INE de 2023 confirman esta tendencia: las primíparas menores de 25 años representan ya el 9,4%, mientras que las de 40 años o más ascienden al 10,7%. Es decir, actualmente nacen más niños de madres de 40 años o más, que de madres menores de 25. En resumen, asistimos a una maternidad cada vez más tardía, lo que conlleva mayores riesgos materno-fetales, entre ellos un posible incremento de las alteraciones genéticas en los recién nacidos.



Evolución de la edad media de maternidad.

Todo ello nos hace pensar en cuáles serían las **barreras que están influyendo en el nivel de fecundidad.**

En primer lugar, aquellas asociadas al contexto económico. Es uno de los factores que influyen directamente en la decisión de acceder a la maternidad. Situaciones tales como el paro juvenil, la precariedad laboral o, incluso aun teniendo trabajo, el empo-

brecimiento de la vida en general, son barreras que interaccionan directamente con el planteamiento de las y los jóvenes adultos para decidir tener hijos/as.

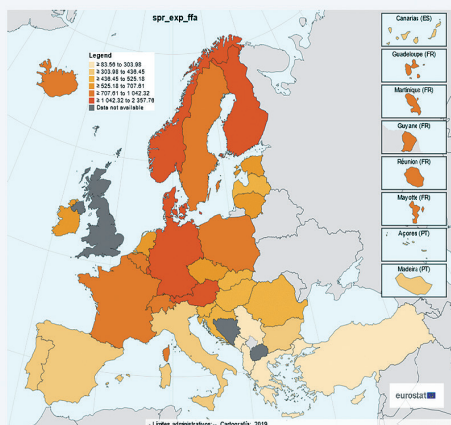
La segunda barrera, sería el nivel educativo. Este indicador está muy relacionado con el anterior, puesto que tejer una carrera profesional requiere un nivel elevado de estudios, lo que interacciona con la decisión de tener hijos/as. Así lo pone de manifiesto la Encuesta sobre Fecundidad (2018) donde se observa que las mujeres que cuentan con un nivel de estudios superiores han tenido una media de hijos/as menor a aquellas mujeres que cuentan con un nivel de estudios más bajo. Es una característica de las sociedades de nuestro tiempo, en la que interaccionan en su explicación otros factores.

La tercera barrera es la dificultad de conciliación familiar. Este factor es más influyente en la idea de tener un segundo o más hijos/as.

Los escasos apoyos institucionales en la conciliación laboral y familiar hacen que el cuidado siga recayendo en la red familiar, y principalmente en las mujeres, se observa un desigual reparto de responsabilidades familiares, así como la falta de servicios o servicios muy caros para el cuidado de niños/as. Y si añadimos la realidad de otro tipo de familias, como pueden ser las monoparentales (una sola persona adulta con hijos/as a cargo), la situación es más complicada. En Andalucía representan casi un 10% de los hogares andaluces y cerca de un 80% están compuestas por madres solas con hijos/as (Fuente: Observatorio para la Infancia. Encuesta Social 2019)

Por lo tanto, son necesarias medidas que, implicando a diferentes administraciones, tengan como objetivo mantener un nivel moderado en la brecha existente entre deseabilidad y realidad reproductiva, tales como la creación de empleo juvenil de calidad, especialmente femenino, facilitar el acceso a la vivienda, proporcionando ayudas a la conciliación de la vida familiar y laboral incidiendo en la corresponsabilidad, adaptación de la jornada laboral, permitir el teletrabajo, incrementar y equiparar los permisos de paternidad, generar servicios públicos que sostengan las tareas de cuidados y mostrar mayor comprensión para las bajas maternas/paternales.

Gasto público en prestaciones familiares:
España 1,36% del PIB
Francia (3,68%)
Suecia (3,54%).



Mapa del gasto público en prestaciones familiares.

Para concluir es muy importante fomentar una cultura de la corresponsabilidad del cuidado en todos los ámbitos de la sociedad y de esta manera incrementar la natalidad, las administraciones legislando y las empresas acatando y favoreciendo la aplicación de las normas establecidas, igualmente es necesario analizar qué medidas se están tomando otros países de la Unión Europea y si los resultados son positivos para un aumento de la natalidad, implantarlas en nuestro país.

7. OBESIDAD INFANTIL Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

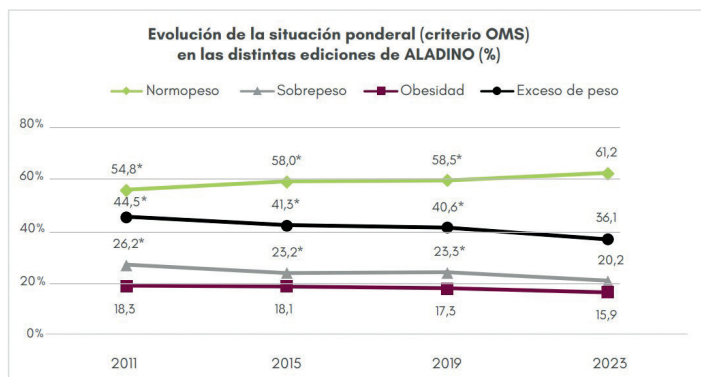
La prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, causando una verdadera crisis sanitaria mundial que puede agravarse más, en las próximas décadas si no se toman **medidas que fomenten la actividad física y la dieta saludable y equilibrada**, en contraposición al sedentarismo y al consumo de alimentos de escaso nivel nutricional.

España se encuentra entre los países europeos con mayores tasas de obesidad infantil. En Andalucía, los estudios reflejan cifras alarmantes, con un alto porcentaje de niños que presentan sobrepeso u obesidad desde edades tempranas.



Niño con obesidad. Sedentarismo, alimentación inadecuada y consumo de bebidas azucaradas.

No obstante, según datos publicados por la Agencia de Seguridad Alimentaria y Nutrición. (2023). Estudio ALADINO, la tasa que mide el exceso de peso infantil ha caído un 4,5% respecto al 2019, año en el que se publicó el último estudio ALADINO. Este descenso de más de cuatro puntos porcentuales se concreta en que se ha conseguido una reducción del 3,1% en el sobrepeso y del 1,4% en obesidad entre los niños y niñas de 6 a 9 años, de forma que la tasa actual de exceso de peso en esta franja de edad se sitúa ahora en el 36,1%, frente al 40,6% que alcanzo hace 5 años, estos son datos esperanzadores y que confirma que vamos por el buen camino.



Nota: * En la diferencia con 2023 p valor < 0,05.

Prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Disminución de la tasa que mide el exceso del peso es del 4,5% en Estudio Aladino 2023.

Este problema no solo tiene consecuencias físicas, como la aparición del síndrome metabólico, que cursa con aparición de diabetes tipo 2, por resistencia periférica a la insulina, dislipemias con aumento del colesterol LDL, e hipertensión, todos factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, sino también psicológicas, debido al estigma y baja autoestima que pueden desarrollar los menores afectados.

Llama la atención la mayor prevalencia de obesidad en familias con menos recursos económicos. Existe una obesidad ligada a la pobreza.

Situación ponderal en función de los ingresos brutos anuales familiares:

	Familias menos ingresos (< 18.000 €)	Familias más ingresos (>30.000 €)
Sobrepeso	23,10%	18,30%
Obesidad	23,60%	10,90%

Situación ponderal en función de los ingresos familiares.

EL PESO COMO FACTOR PREDICTIVO DE ACOSO ESCOLAR

Ser obeso por sí solo, incrementa el riesgo de ser víctima de acoso escolar, siendo las edades más afectadas las de 8 y 9 años.

Estos episodios suelen estar marcados por la llamada **ley del silencio**: los propios alumnos acosados rara vez cuentan lo que les sucede, y son los padres o los profesores quienes suelen detectarlo. Entre los indicadores externos se incluyen hematomas o lesiones producidas por golpes, así como señales indirectas, por ejemplo, cambios repentinos en la conducta.

“Teniendo en cuenta estos resultados, los médicos que tratan a los niños obesos deberían considerar el posible acoso que pueden estar sufriendo”

Los niños que sufren acoso escolar a edades tempranas (8-9 años), tienen muchas más posibilidades de sufrir Ciberbullying en edades posteriores, con graves consecuencias para su bienestar emocional, integración social, satisfacción con la vida y depresión, en general con afectación sobre su salud mental e ideación suicida.

CREENCIAS RELACIONADAS CON EL BULLYING

Los principales factores que señalan los adolescentes como potenciales desencadenantes de acoso / bullying, aluden a la orientación sexual, la obesidad en segundo lugar o sufrir algún tipo de discapacidad.

FACTORES DE RIESGO DE OBESIDAD INFANTIL

El aumento de la obesidad infantil es un fenómeno multifactorial, influido por diversos factores:

- **Dieta inadecuada:** el consumo excesivo de productos ultraprocesados, ricos en azúcares y grasas saturadas, ha desplazado a la dieta mediterránea tradicional.
- **Sedentarismo:** el uso excesivo de pantallas y la reducción del tiempo dedicado a la actividad física han incrementado los índices de sobrepeso y obesidad.
- **Factores socioeconómicos:** la obesidad es más prevalente en familias con menos recursos, debido a la menor disponibilidad de alimentos frescos y saludables y a la falta de acceso a espacios adecuados para el ejercicio.
- **Falta de educación nutricional:** la ausencia de programas efectivos en las escuelas y en el ámbito familiar dificulta la adquisición de hábitos saludables desde la infancia.

8. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Paralelamente, en el otro extremo de la balanza, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han aumentado en los últimos años, especialmente entre adolescentes. Anorexia, bulimia y trastorno por atracón son algunas de las patologías más comunes, con graves repercusiones en la salud física y mental.

El impacto de las redes sociales y la presión por cumplir con ciertos cánones de belleza han contribuido al desarrollo de estos trastornos. La obsesión por la delgadez, el acceso a contenidos perjudiciales en internet y la influencia de la cultura de la inmediatez generan una vulnerabilidad mayor en los jóvenes, que muchas veces no encuentran herramientas adecuadas para gestionar su relación con la alimentación.

Estrategias de prevención y tratamiento

Es fundamental abordar tanto la obesidad infantil como los TCA desde un enfoque integral, en el que participen familias, pro-

fesionales de la salud, educadores y administraciones públicas. Algunas de las medidas más efectivas incluyen:

- Promoción de la alimentación saludable en el ámbito escolar y familiar, reduciendo la presencia de productos ultraprocesados y fomentando el consumo de frutas, verduras y proteínas de calidad.
- Fomento de la actividad física con políticas que garanticen espacios accesibles y seguros para el ejercicio, así como programas educativos que incentiven el deporte desde la infancia.
- Regulación de la publicidad infantil para evitar la promoción de alimentos poco saludables dirigidos a menores.
- Atención psicológica temprana para prevenir y tratar los trastornos de la conducta alimentaria, ofreciendo recursos y apoyo tanto a los afectados como a sus familias.
- Concienciación sobre el impacto de las redes sociales, promoviendo una educación digital responsable que ayude a los jóvenes a desarrollar una autoestima sana y una visión realista de su cuerpo.

En definitiva, tanto la obesidad infantil como los trastornos de la alimentación requieren un abordaje conjunto y coordinado. No podemos permitir que la alimentación y la salud de nuestros niños y adolescentes queden a merced de factores externos que, en muchos casos, pueden prevenirse con información, educación y apoyo adecuado.

9. VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA A CONSECUENCIA DE LOS CONFLICTOS BÉLICOS.

Otro problema emergente, desgraciadamente a resaltar en la infancia, es el sufrimiento, la desnutrición, la escasez de recursos sanitarios y la alta tasa de mortalidad a consecuencia de los conflictos bélicos de nuestro tiempo.

Recientemente, la Asociación Española de Pediatría (AEP), el Comité de Bioética de la AEP, la Asociación Internacional de Pediatría (IPA) y las Sociedades Española de Pediatría Social (SEPS) e Internacional (ISSOP), con el pronunciamiento a favor del Foro Profesional por la Infancia de Andalucía, expresan su profunda consternación ante la catástrofe humanitaria que se vive actualmente en Gaza, donde la violencia, la inanición forzada y la destrucción sistemática de infraestructuras sanitarias están afectando de manera desproporcionada a la población infantil. La infancia no puede seguir siendo víctima silenciosa de los conflictos armados.

RETOS DE LA PEDIATRÍA SOCIAL DEL FUTURO

El futuro de la Pediatría Social está ligado a la evolución de los desafíos sociales y tecnológicos, así como a los cambios en políticas de salud pública. Algunas tendencias y proyecciones incluyen:

1. Incorporación de nuevas tecnologías: Uso de telemedicina y aplicaciones móviles para el seguimiento de niños en comunidades remotas o en situación de vulnerabilidad.
2. Mayor integración con políticas públicas: Desarrollo de programas gubernamentales más efectivos para garantizar la protección de la infancia en todos los ámbitos.
3. Enfoque en salud mental infantil: Aumento de la atención a trastornos como la ansiedad, la depresión y el estrés infantil, considerando el impacto de la pandemia y otros factores sociales.
4. Acciones ante el cambio climático: Desarrollo de estrategias para afrontar los efectos del cambio climático en la salud infantil, como enfermedades respiratorias y desnutrición por inseguridad alimentaria.
5. Mayor equidad en la salud: Implementación de políticas para reducir las desigualdades en el acceso a la atención médica y a los servicios básicos en comunidades vulnerables.
6. Trabajo comunitario y participación social: Impulso de modelos de atención basados en la comunidad, con participación activa de familias y organizaciones locales.

El futuro de la Pediatría Social depende del compromiso de profesionales, gobiernos y sociedad en la creación de un entorno que garantice el desarrollo saludable de los niños y adolescentes, asegurando su bienestar y derechos en un mundo en constante transformación.

EPÍLOGO

Siguiendo al profesor Manuel Cruz Hernández, Académico de Honor de esta Real Academia, quien solía observar desde el balcón de su casa en Cádiz las estelas blancas que dejaban los barcos al pasar —ondas efímeras en la inmensidad del mar, cuya línea de espuma blanca va desapareciendo en el tiempo a veces de manera rápida y otras más lentamente—, podemos comparar estas estelas con los desafíos médicos y sociales que afrontamos en nuestro tiempo.

De esta forma, las Pandemias, como la polio, la difteria, el sarampión, el VIH o la reciente COVID-19, dejan su huella en la historia, haciendo que la última haga borrar de la memoria la anterior.

Pero en Medicina nunca tendremos un mar en calma, concretamente en la Pediatría Social tenemos un mar lleno de manera simultánea de estelas blancas. Se trata de las nuevas epidemias de nuestro tiempo, también llamados problemas emergentes, destacando como más relevantes, los comentados anteriormente, la pobreza infantil, el impacto de la tecnología digital en la infancia, la salud mental en niños y adolescentes, el maltrato infantil y la exposición a la violencia familiar y comunitaria, el invierno demográfico, la obesidad infantil y los trastornos de la alimentación, la salud ambiental y la pandemia infantil a consecuencia de los conflictos bélicos.

Ante estos problemas emergentes, que no podemos hacerlos desaparecer de forma súbita, nuestra tarea es observarlos y afrontarlos con un nuevo enfoque desde la Pediatría Social y con el mejor conocimiento y estrategia posible, primero intentando que desaparezcan y si no es posible por el momento, colaborando para paliar sus efectos y evitando que dejen secuelas irreversibles, sobre todo en la Infancia y Adolescencia, cuando el organismo está en una etapa de crecimiento y desarrollo.

Asumo con gratitud y compromiso el honor de incorporarme como Académico de Número a esta Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. Desde la vocación que me ha guiado toda una vida, trabajaré con entrega para que la Pediatría Social siga iluminando el camino de la infancia y la adolescencia. Y ojalá, al hacerlo, pueda dejar también mi huella-una leve estela blanca-en el inmenso mar del conocimiento y del bien común.

HE DICHO



Estela de espuma blanca en un mar azul.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez Perdigüero M. *Bases para la organización de la pediatría-puericultura*. VII Reunión Anual de la Asociación de Pediatras Españoles. Bol Soc Vasco-Navarra Pediatr. 1969;3:1-8.
2. Gómez de Terreros I. *Presente y futuro de la pediatría social. Visión en el contexto de la pediatría española*. XIII Simposio Español de Pediatría Social; 1997; Sevilla. AEP.
3. Cruz Hernández M. *Tratado de pediatría*. 10ª ed. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2011.
4. Zafra Anta MA, García Nieto V. *Historia de la pediatría en España*. Pediatr Integr. 2015;19:235-42.
5. Cruz Hernández M. *Abecedario del pediatra ideal en el siglo XXI*. Vox Pediatr. 2018;25:20-6.
6. Gómez de Terreros I. *La Gota de Leche de Sevilla. Centenaria institución. Vinculación académica. Mirada de futuro*. Discurso de apertura 320º Año Académico. En: Memoria Académica de la RAMSE 2020-2021. Sevilla: Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla; 2020.
7. Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS). *Seminario sobre la pediatría social del presente y del futuro*. Sevilla: Fundación Gota de Leche; 2022. Patrocinado por Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
8. Cruz Hernández M. Cuadernos de historia de la pediatría española nº 26. *Especialidades pediátricas: una perspectiva personal*. Madrid: Comité de Historia de la AEP; 2023.
9. Hellbrügge Th, Pechstein J. *Fundamentos generales: bases, misiones y metas de la pediatría social*. En: Opitz H, Schmid O, editores. Enciclopedia pediátrica. Tomo III. Versión española. Madrid: Ediciones Morata; 1969. p. 301-37.
10. Lalonde MA. *A new perspective on the health*. Ottawa: Canadian Ministry of Health and Welfare; 1974.
11. Mandé R, Massé NP, Manciaux M. *Pediatría social*. 2ª ed. Barcelona: Labor; 1978.
12. Toledo Ortiz F. *Pediatría social*. Barcelona: Glosa; 1982.

13. Sánchez-Villares E. *Reflexiones en la frontera de medio siglo de pediatra*. Lección inaugural del curso 1985-1986. Valladolid: Universidad de Valladolid; 1985.
14. De Paz Garnelo JA. *Tratado de pediatría preventiva y social*. Madrid: Facultad de Medicina, Universidad Complutense; 1994.
15. Juárez M. *V Informe sociológico sobre la situación social en España: sociedades para todos en el año 2000*. Madrid: Fundación FOESSA; 1994.
16. Spencer N, Lindström B, Colomer C. Social paediatrics in Europe. En: Lindström B, Spencer N, editores. *Social paediatrics*. Oxford: Oxford University Press; 1995. p. 22-35.
17. Manciaux M. What is social paediatrics and where does it come from? En: Manciaux M, editor. *Social paediatrics*. Oxford: Oxford University Press; 1995. p. 3-11.
18. Gómez de Terreros I. *Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil*. 2ª ed. Granada: Comares; 1997.
19. García Caballero C, González-Meneses A. *Tratado de pediatría social*. 2ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2000.
20. García Caballero C. *Introducción a la pediatría social*. 2ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2000. p. 3-26.
21. Baño Rodrigo A. *Salud materno-infantil en los países desarrollados y en vías de desarrollo*. 2ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2000. p. 57-63.
22. Colomer Revuelta C. Estado actual de la pediatría social en Europa. En: García Caballero C, González-Meneses A, eds. *Tratado de pediatría social*. 2ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2000. p. 65-9.
23. García Caballero C. *Pasado, presente y futuro de la pediatría social*. Bol Pediatr. 2001;41:332-9.
24. Crouchman M, Pechevis M, Sandler B. *Social paediatrics and child public health: a European perspective*. Arch Dis Child. 2001;84:299-301.
25. Gómez de Terreros I, García Rodríguez F, Gómez de Terreros Guardiola M. *Atención integral a la infancia con patología crónica*. Granada: Alhulia; 2002.
26. Díaz Huertas JA, Marín López L, Muñoz Hoyos A. *Manual de pediatría social*. Alcalá la Real: Formación Alcalá; 2013.

27. Van den Heuvel M, Chan K, Niranjan V, Sheikh S, et al. *Social pediatrics: weaving horizontal and vertical threads through pediatric residency*. BMC Med Educ. 2017;17(12):2-10.
28. España. *Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia*. Bol Of Estado. 2021;(134).
29. Ministerio de Juventud e Infancia. *Prevalencia de la violencia contra la infancia y la adolescencia en España*. 2025.
30. Andalucía. *Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía*. Bol Of Parl Andalucía. 2021;(596).
31. Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS). *Seminario sobre la pediatría social del presente y del futuro*. Sevilla: SEPS; 2022. p. 7-61.
32. Gómez de Terreros Sánchez I, Cruz Hernández M, García Caballero C. *Cuadernos de historia de la pediatría española*. N° 26. *Historia de la pediatría social en España*. Madrid: Comité de Historia de la Asociación Española de Pediatría (AEP); 2023.
33. Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS). *Jornadas sobre Pediatría Social. Interés Superior del Menor. Rol del Pediatra*. Sevilla: Real e Ilustre Colegio de Médicos. 2024. Colabora Universidad de Sevilla, Fundación Gota de Leche y Real e Ilustre Colegio de Médicos de Sevilla. Patrocinado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
34. Foro Profesional por la Infancia de Andalucía. *Recuperación de proyectos vitales en el ámbito educativo. Escuela, pandemia y pobreza infantil*. Sevilla: Parlamento de Andalucía; 2021. Edita SEPS. Patrocinado por Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
35. Ministerio de Sanidad. *Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.
36. Junta de Andalucía. *III Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía 2024-2027*. Sevilla: Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad; 2023.
37. Alija M, Riaño I, Esquerda M. *El menor en la legislación española: una mirada desde la ética*. An Pediatr (Barc). 2024;101:337-43.

38. Junta de Andalucía. *Plan estratégico de salud de la infancia y la adolescencia 2024-2027*. Sevilla: Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad; 2024.
39. Instituto Nacional de Estadística. *Atlas de distribución de renta de los hogares* [Internet]. Madrid: INE; 2022. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177088&menu=ultiDatos&idp=1254735976608
40. Rodríguez García de Cortázar A. *Pobreza y desigualdad*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía; 2023.
41. Navarro Merino M. *Es necesario visualizar la pobreza infantil. Blog Iô, médico*. Sevilla: Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla; 2024.
42. Rodríguez García de Cortázar A. *Pobreza y desigualdad*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía; 2025.
43. Gómez de Terreros I, Sierra García P, Gil Arrones J, Sánchez Vázquez AR., Vidal Palacios M. *Manual de atención integral a la infancia vulnerable. De la ley a la respuesta de los profesionales*. Sociedad Española de Pediatría Social. Sanz y Torres. 2024.
44. Gómez Domínguez D. *Educación*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía; 2025.
45. Andrade B, Guadix I, Rial A, Suárez F. *Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades*. Madrid: UNICEF España; 2021. p. 4-105.
46. Jahangiry L, Aune D, Farhangi MA. *Screen time and the risk of metabolic syndrome among children and adolescents: a systematic review and dose-response meta-analysis*. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2022; 32:1234-45.

47. Navarro Merino M. *Introducción y planteamiento del uso de la tecnología digital en la infancia. Encuentro profesional participativo*. En: Memorias Académicas de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla; 2022. p. 214-5.
48. Rivera de los Santos FJ. *Impacto de la tecnología digital en la población infanto-juvenil en Andalucía. Encuentro profesional participativo*. En: Memorias Académicas de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla; 2022. p. 215-8.
49. Del Rey R. *Mecanismos educativos y de protección para la infancia en el entorno digital. Encuentro profesional participativo*. En: Memorias Académicas de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla; 2022. p. 218-9.
50. Aurín Pardo E. *Presente y futuro de la tecnología en salud. Encuentro profesional participativo*. En: Memorias Académicas de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla; 2022. p. 219-24.
51. Radesky JS, Kaciroti N, Weeks HM, Schaller A, Miller AL. *Longitudinal associations between use of mobile devices for calming and emotional reactivity and executive functioning in children aged 3 to 5 years*. JAMA Pediatr. 2023;177(1):62-70.
52. García-Ormaza J, Gabilondo Cuéllar A, Jara Segura AB, Muela Aparicio A. *Estrategia de prevención, intervención y posvención de la conducta suicida en el ámbito educativo*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2022.
53. Ramos P, Luna S, Rivera F, Moreno C, Moreno Maldonado C, Leal-López E, et al. *La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes: barómetro de opinión de la infancia y la adolescencia 2023-2024*. Madrid: UNICEF España; 2024.
54. González CD, Martínez-Cárdenas CF. *Factores de riesgo y perfiles del reintento suicida en niños menores de 12 años*. An Pediatr (Barc). 2024; 101:310-8.
55. Gómez de Terreros I, Garrido Fernández M, Gómez de Terreros M, Malo Aragón JM. *Familias vulnerables: desfavorecidas, disociadas e incompletas*. An Esp Pediatr. 1992; 37:40-3.
56. Gómez de Terreros I, Gómez de Terreros M. *Malos tratos infantiles. Aspectos psiconeurológicos*. En: Gómez MR, Montilla Bono J, Nieto Barrera M, dirs. Neurología y neuropsicología pediátrica. Tomo II. Jaén: Diputación Provincial; 1996. p. 1519-49.

57. Foro Profesional por la Infancia de Andalucía. *Encuentro profesional en la atención a víctimas de maltrato durante la infancia y la adolescencia con especial atención al abuso sexual*. Sevilla: Real Academia de Medicina; 2020. Edita SEPS. Patrocinado por Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
58. Rodríguez García de Cortázar A, Ruiz Benítez B. *Maltrato y protección. Informe OIAA 2024*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía; 2024.
59. Sánchez-Vázquez AR. *Experiencias adversas en la infancia (EAI): ¿la base del iceberg del sufrimiento emocional de la población infantil y adolescente?* An Pediatr (Barc). 2024; 101:299-302.
60. Gancedo Baranda A. *Manual para la atención a situaciones de maltrato infantil*. Grupo de Atención al Maltrato Infantil de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2025.
61. Pereda Beltrán N, Águila Otero A, Andreu Batalla L. *El maltrato y la exposición a violencia familiar: un estudio nacional desde la perspectiva de la adolescencia española*. Madrid: UNICEF España; 2025.
62. Adsera A. *Where are the babies? Labor market conditions and fertility in Europe*. Eur J Popul. 2011;27(1):1-32.
63. Domínguez Olabide P. *Prestaciones para la conciliación de la vida laboral y familiar: una revisión de su diseño e impacto en los países de la OCDE*. Serv Inf Investig Soc País Vasco. 2021; 74:33-54.
64. Ruiz Benítez B. *Acciones o intervenciones en la búsqueda de un equilibrio demográfico*. En: *Mesa redonda: El reto demográfico. Un desafío en nuestro tiempo*. Sevilla: Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla; 2024.
65. Navarro Merino M. *El invierno demográfico. Analizando barreras y buscando soluciones*. Blog *Yo, médico*. Sevilla: Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla; 2024.
66. Ruiz Benítez B. *Demografía. Informe OIAA 2025*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía; 2025.

67. Lumeng JC. *Weight status as a predictor of being bullied in third through sixth grades*. Pediatrics. 2010;125:1301-7.
68. Recuero Carretero MC, Arias López C, Sepúlveda Villafranca C. *Estudio ALADINO sobre la alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad*. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030; 2023.
69. Díaz Aguado MJ. *Estudio sobre acoso escolar y ciberacoso en España en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2023.
70. Heerman WJ, Rothman RL, Sanders LM. *A digital health behavior intervention to prevent childhood obesity*. JAMA. 2024;332(4).
71. Ruiz Benítez B. *Estado de salud y hábitos de vida*. Informe OIAA 2025. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familia e Igualdad, Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía; 2025.
72. Rojo Moreno L, Sepúlveda AR, Graell E, et al. *Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo XXI*. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2012;5(3):197-204.
73. Ortiz Sánchez F. *Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes* [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia; 2018 [citado 2025 agosto 22]. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/noticias/item/326-noticia-20181130>
74. Yu X, et al. *Relationships of eating behaviors with psychopathology, brain maturation and genetic risk for obesity in an adolescent cohort study*. Nat Ment Health. 2025; 3:58-70.
75. Ruiz Lázaro PM. *Conducta y alimentación. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón*. Adolescere. 2025;13(1):61-72.

**REAL ACADEMIA DE MEDICINA
Y CIRUGÍA DE SEVILLA**



DISCURSO DE CONTESTACIÓN

Excmo. Sr. Prof. Dr. D. Ignacio Gómez de Terreros Sánchez

Académico de Número Emérito de la Real Academia de
Medicina y Cirugía de Sevilla



Excmo. Sr. Presidente
Dignísimas Autoridades,
Excmos. e Ilmos. Sres. Académicos de Número,
Académicos Correspondientes,
Compañeros,
Familiares del Dr. Martín Navarro Merino,
Sras. y Sres.

La recepción académica de un nuevo miembro constituye, sin duda, una jornada festiva para esta institución, en un acto solemne que preserva con respeto sus tradiciones, adaptándolas cuidadosamente a su evolución, tal como recogen los recientes Estatutos aprobados por Decreto 132/2024, de 23 de julio, y publicados en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía el 26 del mismo mes, así como el Reglamento de Régimen Interior, aprobado en el Pleno Extraordinario de esta Real Academia celebrado el 7 de noviembre del mismo año.

Permítanme destacar, en este contexto, dos aspectos significativos del acto que hoy nos reúne:

Por un lado, las recientes modificaciones protocolarias — como la fórmula de recepción académica y el tradicional abrazo académico—, y por otro, la incorporación en los nuevos Estatutos de la figura del Académico de Número Emérito, condición que se adquiere a partir de los ochenta años de edad o bien voluntariamente. Esta nueva figura, que junto al Dr. Joaquín Núñez Fuster somos pioneros, si bien implica la pérdida del derecho a voto, permite mantener la actividad académica adaptada a las circunstancias personales del emérito, sin computar a efectos de quórum en los plenos y posibilita la convocatoria de la plaza, lo que favorece el necesario relevo generacional.

La designación del Académico encargado de contestar al discurso de ingreso corresponde a la Junta de Gobierno, que, en circunstancias como la presente, confía en primer lugar esta

responsabilidad al hasta ahora titular de la plaza como Académico de Número.

Para mí, constituye un verdadero privilegio y motivo de profunda satisfacción ser el encargado de responder al discurso de ingreso del Dr. Martín Navarro Merino, a quien tengo el honor de considerar mi discípulo en el ámbito de la Pediatría Social, y que ha subtitulado tan acertadamente **“De la Neumología Infantil a la Pediatría Social: un viaje profesional humano”**, lo que refleja con precisión la trayectoria que hoy celebramos.

Mis raíces académicas y mi vinculación con la Pediatría Social están profundamente ligadas a dos Académicos que fueron, sin duda, mis maestros y referentes: los doctores Manuel Laffón Soto y Juan Luis Morales González. Con el Dr. Laffón compartí labor en la Casa Cuna (Centro Provincial Infantil y Maternal de la Diputación de Sevilla) y en el Consultorio del Niño de Pecho y la Gota de Leche de Sevilla. Con el Dr. Morales realicé los cursos de formación de la Escuela de Puericultura, y como profesional, participé en la apertura de su clínica, tras completar mi formación con el profesor Suárez Perdiguero.

Ambos me transmitieron, con su ejemplo, la entrega plena a la infancia, en consonancia con el principio consagrado en la Convención sobre los Derechos del Niño de la ONU de 1989: *la primacía del interés superior del niño* y, por otro lado, con su ejemplo de compromiso académico, me inculcaron, lo que yo llamo *“cariño académico”*.

Desde mi ingreso como Académico Correspondiente en 1971, y posteriormente como Académico de Número en 2008, han transcurrido ya 54 años de vida académica. A lo largo de este periodo, he sido testigo y partícipe del surgimiento y desarrollo del movimiento de la Pediatría Social en España, al que me he sentido siempre profundamente vinculado. En este contexto, me complace especialmente que el Dr. Martín Navarro —con quien vengo colaborando estrechamente desde su jubilación— recoja hoy este testigo y dé continuidad a esta línea de trabajo, cumpliéndose así el necesario y deseado relevo generacional. La estructura de mi intervención seguirá la tradición, articulándose en tres partes:

1. Exposición curricular.
2. Contestación específica.
3. Laudatio final.

VALORACIÓN CURRICULAR / PRESTIGIO PROFESIONAL

El Dr. Martín Navarro Merino Nació en Marbella el 16 de abril de 1949, pero apenas con cuatro meses de vida sus padres se trasladaron a Ojén (Málaga). Creció en el seno de una familia de escasos recursos económicos, pero rica en valores: paz, amor y respeto.

Casado con Dña. María Dolores Jiménez Cuesta. Profesora de Educación Primaria. *“Fuente de felicidad por su bondad, gran corazón y apoyo permanente”*.

Tienen tres hijos:

- Cristina, medica especialista en Neumología en el Hospital de la Cruz Roja de Madrid.
- Martín. Ingeniero Agrónomo. Consultor.
- Lola. Enfermera y Licenciada en Ciencias Ambientales. Hospital Universitario Virgen Macarena.

Su padre, hombre culto y gran aficionado a la lectura, le transmitió la pasión por el estudio y la manera de afrontar la vida. Fue alcalde de Ojén y todavía hoy se le recuerda por su bondad y la ayuda constante prestada a sus vecinos. A su lado, su madre, mujer ejemplar, le acompañó siempre con apoyo incondicional.

El mayor de tres hermanos, realizó sus estudios primarios y los dos primeros cursos de bachillerato en Ojén, guiado por un maestro inolvidable, D. José Macías. A partir del tercer curso obtuvo una beca que le permitió continuar en un colegio interno de Málaga, manteniéndola hasta completar el bachillerato y la reválida de acceso a la universidad.

La beca le acompañó también durante toda la carrera de Medicina en la Facultad de Sevilla, incluyendo su estancia en el Colegio Mayor Fernando el Santo. En aquellos años sufrió la dolorosa pérdida de su padre, cuando cursaba segundo de carrera.

Finalizados los estudios de Medicina, inició la especialidad de Pediatría en la Escuela Profesional dirigida por el Prof. Manuel Suárez Perdigüero. Gracias a la dirección del Colegio Mayor Fernando el Santo pudo acceder al puesto de médico del centro, lo que le garantizó alojamiento y manutención y le permitió culminar su formación.

Siempre compaginó sus estudios con trabajos estivales, ejemplo de esfuerzo y capacidad de superación. Esa misma actitud le abrió camino hasta obtener su primera plaza en el recién inaugurado Hospital Virgen Macarena, donde inició una trayectoria profesional marcada por el compromiso, la entrega y la dedicación a la infancia.

Su labor docente universitaria se inicia en 1974 en la Catedra de Pediatría del Prof. Suarez Perdiguero, pasando por las diferentes escalas docentes. Desde 1988 por oposición Profesor Titular de Pediatría de la Universidad de Sevilla.

Pese a sus responsabilidades, nunca perdió el vínculo con su pueblo natal. Conserva la casa familiar, ha sido pregonero de sus fiestas y en Ojén su nombre evoca una tradición familiar de tres generaciones —abuelo, padre e hijo— entregadas a la comunidad.

Su vida entera puede resumirse en tres palabras: esfuerzo, lucha y superación.

Como Neumólogo: Prestigioso especialista en Neumología Pediátrica. Su ejercicio profesional se ha desarrollado en el Hospital Universitario Virgen Macarena, siendo muy numerosas sus actividades científicas e investigadoras desarrolladas: publicaciones, participaciones en cursos, jornadas, congresos en contexto nacional e internacional, implicación en Sociedades Científicas..., con la consecuente repercusión social y científica, como queda fielmente reflejada en su currículo. Socio de Honor de la Asociación Española de Pediatría (2002); de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica (1995); de la Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura (2013). Presidente de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica (1989-1993). Secretario de la Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura (1981-1985).

Como nos ha indicado, en su ejercicio profesional, siempre ha tenido muy en cuenta, con mirada pediátrica social, las exigencias de atención integral de las patologías crónicas, que requieren de repuestas interdisciplinaria y de índice social, ante las repercusiones físicas y emocionales en etapas tan clave del desarrollo y las connotaciones que conlleva al entorno familiar, nada más gráfico que lo expuesto en relación al impactante lema de la Sociedad Andaluza de Fibrosis Quística:

“Tú respiras sin pensar. Yo solo pienso en respirar”.

Como Director de la Unidad de Gestión Clínica:

Destacar, dentro del ejercicio gerencial su mirada de repuesta a los requerimientos asistenciales de una atención integral del binomio niño-familia, en sus aspectos físicos, psicológico y socio-familiar y mejora vivencial de los menores en su experiencia hospitalaria, denominada por mí “hospitalismo positivo”, fruto de su convicción humanística socio- pediátrica de la Especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas.

Como Pediatra Social. Su jubilación en 2018, le ha

permitido profundizar y desarrollar su impronta pediátrico social, a través de sus actividades en la Real Academia de Medicina de Sevilla, Colegio Oficial de Médicos de Sevilla (*Director General de Pediatría y Miembro del Comité de Expertos en la Especialidad de Pediatría 2018*). Sociedad Española de Pediatría Social (*“Grupo Sevilla”*), Foro Profesional por la Infancia de Andalucía (FPIA) (*componente de su equipo coordinador*).

En el trabajo que conjuntamente hemos venidos desarrollando desde su jubilación en el 2018, me ha dejado buena muestra de su total implicación, sensibilización y compromiso con este Área específica de la especialidad de Pediatría, avalado por la secretaria general de la Sociedad Española de Pediatría Social Dra. Dña. Raquel Páez González, en certificado fechado el 25 de septiembre de 2024 con el siguiente texto: *“Es socio numerario de la SEPS, en la que participa de forma activa en el desarrollo de las funciones y objetivos establecidos en sus Estatutos, y como tal, está integrado en el Grupo Sevilla de Pediatría Social donde realiza funciones de coordinación con instituciones y de formación”*.

Muestra de dicha implicación Institucional y Social queda evidenciada en sus siguientes actividades:

- Asesor, investigador y formador del Equipo del Observatorio de la Infancia de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo y Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de la Junta de Andalucía.
- Miembro del Comité Asesor del Proyecto de Salud Mental y Sistema de Protección a Menores en Andalucía. Consejería de Salud y Consumo y Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de la Junta de Andalucía.

- Profesor invitado en la asignatura de “Medicina y Sociedad”. Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla.
- Socio de la Asociación Andaluza por la Defensa de la Infancia y Prevención del Maltrato (ADIMA).
- Socio de la Fundación Gota de Leche de Sevilla.

Entre sus aportaciones pediátricas – sociales recientes a destacar:

- Formar parte del equipo coordinador del II Encuentro Profesional de Primavera promovido por el Foro Profesional por la Infancia de Andalucía (FPIA) en cuyo comité organizador se encuentra representantes de Colegios profesionales, Universidades, Ayuntamiento, Diputación, Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía, técnicos de las Consejerías, así como activos sociales. 14-15 de mayo 2024
- Participación en el II Congreso Andaluz de Familias e Infancia celebrado en Jaén, el día 28 de octubre de 2024.
- Participante invitado a la Jornada de debate sobre experiencias adversas en la infancia, organizado por la Junta de Andalucía (*Consejerías de: Salud y Consumo; de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad; de Desarrollo Educativo y Formación Profesional y de Justicia, Administración Local y Función Pública*) Celebrada en Sevilla el 18 de noviembre 2024

Así mismo, es de destacar sus esfuerzos en visibilizar y sensibilizar a través de los medios de difusión, en numerosas publicaciones de prensa, la problemática de la infancia desfavorecida y en riesgo, como se recoge en su currículum.

De las convocatorias de premios de la Real Academia, en el 2012 obtuvo el premio Prof. Suarez Perdiguero por el trabajo: “*Evolución respiratoria a largo plazo en niños prematuros menores de 32 semanas de gestación*” y en el 2013 el premio Prof. Alberto Valls y Sánchez de Puerta, por el trabajo: “*Prevención de la bronquiolitis por virus respiratorio sincitial en niños con factores de riesgo utilizando anticuerpos monoclonales*”, ambas temáticas neumológicas con especiales implicaciones pediátrica social.

Como Académico Correspondiente ha organizado igualmente Mesas Redondas en relación a los retos actuales que se ha enfrentado y se enfrenta nuestra sociedad:

- “*Impacto de la pandemia por Covid-19 en la infancia*” 2021.
- “*Uso de la Tecnología Digital en la Infancia*”. Jornada Profesional participativa, organizada por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla y el Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla. 2022.
- “*El Reto Demográfico. Un desafío de nuestro tiempo*” 2024.

De todo lo cual queda constancia en las Memorias Académicas, así como la de su aportación en el 2015 sobre “*Tabaquismo en la infancia y adolescencia*”.

Finalmente en este apartado, es preciso resaltar su especial compromiso y dedicación a la Academia, denominado por nuestro compañero académico el Dr. D. José Antonio Durán Quintana “*Apego Académico*”, puesto de manifiesto desde su ingreso como Académico Correspondiente en el 2014, con una continuada presencia y participación de los Actos científicos e Institucionales, así como su contribución desinteresada en la realización de peritajes e incorporación el 24 de febreros del 2023 al Comité Ejecutivo de la Fundación de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. Secretario de la Catedra “Alimentación y Salud” de la Fundación de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. Patrocinada por la Fundación MAS, desde 2024.

Entremos en el segundo punto de la “CONTESTACIÓN ESPECÍFICA”:

Sin lugar a dudas, la salud y el bienestar de la infancia y la adolescencia constituyen uno de los principales indicadores del desarrollo de una sociedad.

El Dr. Navarro Merino inicia su discurso con un breve recorrido por los orígenes y la evolución de la Pediatría, deteniéndose especialmente en el desarrollo de la Pediatría Social. En este contexto, realiza una mención muy especial —que confieso me ha conmovido profundamente— a nuestra querida compañera, la Dra. Dña. Felicidad Abril, excelente profesional, pionera en la presencia femenina en el ámbito médico y referente para muchos de nosotros que tuvimos el privilegio de conocerla.

En la década de los sesenta, las mujeres representaban tan solo entre un 10 % y un 15 % del alumnado en las facultades de Medicina. Esta proporción comenzó a incrementarse de forma progresiva en las décadas siguientes, con una presencia especialmente significativa en especialidades como Pediatría y Medicina de Familia. Se alcanzó la paridad en los años noventa y, tras un crecimiento sostenido, hoy las mujeres constituyen en torno al 70 % del estudiantado de Medicina en las universidades españolas. Esta transformación, no solo cuantitativa sino también cualitativa, ha aportado habilidades y sensibilidades femeninas que, particularmente en nuestra especialidad, resultan de un valor incuestionable. Cambio que progresivamente se va reflejando en los espacios de liderazgo clínico, académico e institucional.

A continuación, el discurso nos introduce en los aspectos conceptuales y evolutivos de la Pediatría Social, fruto del trabajo desarrollado en los denominados Seminarios de La Rábida —ambos celebrados durante mi etapa como presidente de la Sociedad—, que contaron con la participación de expertos y de los presidentes de las distintas etapas de nuestra Asociación. Estos seminarios supusieron un antes y un después en la consolidación de la Pediatría Social en España.

En el Seminario I, celebrado en mayo de 2006, se definió funcionalmente la Pediatría Social, se identificaron sus principales categorías y se abordó su impacto en el perfil profesional del pediatra. El Seminario II, en mayo de 2008, profundizó en las características de las estructuras funcionales y de referencia necesarias para dar respuesta, desde la Pediatría, a los problemas que exigen un enfoque eminentemente social.

Ambos encuentros encontraron continuidad en el Seminario “La Pediatría Social del Presente y del Futuro”, celebrado en la Fundación Gota de Leche de Sevilla en noviembre de 2021. En esta ocasión, la presidenta de la Sociedad, Dra. Carmen Vidal Palacios, presentó el documento sobre la Capacitación Específica en el Área de Pediatría Social, en el marco del proceso de actualización del Libro Blanco. Este documento recoge los requisitos necesarios para la acreditación de las distintas Áreas de Capacitación Específica en Pediatría, requeridos por la Asociación Española de Pediatría para su presentación ante el Ministerio. Todos estos trabajos han queda-

do recogidos en la publicación oficial de la Sociedad Española de Pediatría Social correspondiente a dicho seminario.

No es necesario insistir en que vivimos tiempos de especial convulsión social, en los que la Academia, fiel a su compromiso con la apertura hacia la sociedad, mantiene una presencia activa y significativa.

Desde el Foro Profesional por la Infancia de Andalucía, impulsado desde la Fundación Gota de Leche en 2005, con el soporte y apoyo de la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía —y que agrupa a Colegios Profesionales e Instituciones vinculadas a la infancia—, venimos trabajando de forma coordinada a través del Grupo Sevilla de Pediatría Social, integrado en la Sociedad Española de Pediatría Social, el Real e Ilustre Colegio de Médicos de Sevilla y la Sección de Medicina Social de esta Academia, con los siguientes objetivos:

- Visibilizar y sensibilizar sobre los desafíos que afectan a la infancia y a sus familias.
- Impulsar un enfoque interdisciplinar e interinstitucional.
- Asegurar la presencia ante los decisores políticos y sociales, elevando la voz de la infancia conforme al principio del interés superior del menor.
- Fomentar la formación de equipos comprometidos y cohesionados.

En definitiva, se trata de interrelacionarnos con una perspectiva profesional, humanista y de compromiso social, apostando decididamente por la corresponsabilidad institucional y por el fortalecimiento del tejido social en beneficio de la infancia.

Este trabajo interrelacionado y coordinado entre los servicios sanitarios, educativos, sociales y comunitarios requiere, como bien se ha señalado, un compromiso ético con la infancia, expresado tanto en la práctica profesional como en las decisiones políticas. Escuchando a los niños... y a su entorno. Teniendo muy presente el sufrimiento infantil.

Esta es la filosofía que sustenta los denominados “Encuentros de Primavera”, promovidos por el FPIA con la participación de colegios y colectivos profesionales, universidades, consejerías, institu-

ciones, asociaciones y expertos invitados, según las temáticas abordadas. El primer encuentro, celebrado en 2023, tuvo como lema “Abriendo camino a un nuevo contrato social”; el de 2024, “Caminando hacia un nuevo contrato social. Del debate a la acción”.

Disponemos de datos suficientes sobre nuestra realidad, de legislación tanto a nivel nacional como andaluz, de protocolos comunes de actuación, de planes de infancia y estrategias autonómicas —como nos ha expuesto el Dr. Martín Navarro—, pero de poco sirven si no se desarrollan ni se implementan, si no cuentan con los recursos asistenciales y presupuestarios necesarios.

Efectivamente, la situación de nuestro entorno más próximo —expuesta con rigor por el Dr. Martín Navarro— exige una respuesta urgente y decidida por parte de los poderes públicos, los profesionales de la salud, las instituciones educativas y la sociedad en su conjunto.

Una respuesta que debe sustentarse en una perspectiva de derechos, equidad y corresponsabilidad. Para ello, resulta imprescindible situar a la infancia en el centro de la atención sanitaria y social, reconociendo el impacto determinante que ejercen sobre su salud física, mental y emocional los factores sociales, económicos, familiares y educativos.

En este sentido, deseo subrayar —como también ha dicho el Dr. Navarro— que no se trata únicamente de avanzar en marcos normativos o desarrollos académicos, sino de generar transformaciones reales en los entornos donde niños y adolescentes viven, aprenden, juegan y se relacionan. Solo así podremos hablar de una Pediatría Social viva, comprometida y con capacidad transformadora.

El Dr. Martín Navarro concluye su intervención señalando, en nueve puntos, los retos fundamentales de la Pediatría Social del futuro. Retos que nacen del conocimiento acumulado, de la experiencia clínica y comunitaria, y del firme convencimiento de que invertir en la infancia es invertir en una sociedad más saludable, más justa y más cohesionada.

Del XXII Congreso de la Sociedad, celebrado en Almería en mayo de 2015, surgió el documento conocido como la “Declaración de Almería”, en el que se reclamaba una respuesta social ur-

gente y una prioridad política clara ante la precariedad, la pobreza y la desigualdad que afectaban a una parte significativa de la población infantil y juvenil de nuestro país.

Se concretaban medidas y se establecía como prioridad el reto de compartir dicha responsabilidad con la ciudadanía y sus asociaciones, promoviendo una mirada de corresponsabilidad que implicara de forma activa al conjunto del tejido social. Ha pasado un decenio, y seguimos prácticamente en la misma situación —o incluso peor— en cuanto a pobreza y desigualdad.

Debemos estar muy atentos para que el paso de “abrir camino” se convierta efectivamente en “estar caminando hacia un nuevo contrato social”; para que podamos evidenciar que se están dando pasos, trabajando con la convicción de que una sociedad fuerte y cohesionada solo puede construirse desde la colaboración entre los distintos ámbitos de actuación, con una mirada integral, de perspectiva individual, colectiva y comunitaria, incorporando enfoques éticos, conductuales, biomédicos, sociales y ecológicos.

La Pediatría Social, en la parte que le corresponde, debe asumir con responsabilidad y decisión los desafíos que tan lúcidamente ha formulado el Dr. Martín Navarro. Y debe hacerlo desde sus entornos institucionales, con el objetivo compartido de contribuir a construir una sociedad más justa, más inclusiva y plenamente respetuosa con los derechos de niños, niñas y adolescentes, teniendo muy presentes las carencias asistenciales y las asimetrías territoriales que conducen a una evolución asimétrica según donde se viva, *así como los riesgos de la humanización ante los avances tecnológicos*, preocupación evidenciada igualmente en diversas aportaciones del presente curso Académico.

La Pediatría del futuro será más social o no responderá a las necesidades reales de la infancia. Hay que evitar que el enfoque social siga dependiendo, más de la sensibilidad personal que de las estructuras institucionales y, percibir las barreras del entorno, que dificulta integrar la dimensión social en la práctica pediátrica diaria.

La Pediatría Social no es un anexo: es una dimensión ética, transversal y estructural.

LAUDATIO FINAL

La feliz coincidencia de esta solemne sesión con la cercanía del **Día Internacional de la Infancia**, proclamado por las Naciones Unidas, confiere a este acto un significado aún más profundo.

El **20 de noviembre** nos evoca dos hitos universales: la **Declaración de los Derechos del Niño de 1959** y la **Convención de 1989**, verdadero tratado de justicia y esperanza para quienes representan no solo la fragilidad, sino también la promesa de la humanidad.

Qué mejor homenaje, pues, que en estas fechas nuestra Academia reciba —en domingo, como dicta la tradición— a un nuevo Académico de Número en la **plaza nominada de Pediatría Social**, pionera entre las Academias y expresión del compromiso de esta Corporación con los niños y niñas, que son al mismo tiempo **nuestro presente más vulnerable y nuestro porvenir más luminoso**.

Tu discurso —claro, sentido y riguroso— ha reflejado no solo tu sólida trayectoria profesional, sino también tu profundo compromiso humano. En ti confluyen ciencia, conciencia y sensibilidad social, valores que esta Academia reconoce y celebra hoy al recibirte como Académico de Número.

Tu ingreso honra a esta Real Corporación y representa un estímulo para quienes defendemos una Pediatría que no solo cura, sino que protege, acompaña y transforma.

Bienvenido, querido compañero. Tu presencia fortalece nuestro compromiso con la infancia y con la sociedad.

HE DICHO

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE SEVILLA



PALABRAS FINALES

Excmo. Sr. Dr. D. Carlos A. Infantes Alcón,
Presidente de la Real Academia de Medicina de Sevilla



**Ilmo. Sr. Académico de Número Dr. D. Martín
Navarro Merino,
Excmo. Sr. Dr. D. Ignacio Gómez de Terreros
Sánchez,
Académico de Número Emérito,
Dignísimas Autoridades,
Excmos. e Ilmos. Sres. Académicos de Número,
Académicos Correspondientes, Sras. y Sres.**

La recepción académica de un nuevo miembro es, para esta Real Corporación, una jornada que combina la solemnidad de la tradición con la alegría festiva de incorporar nuevo conocimiento y compromiso. El discurso que acabamos de escuchar del Dr. Martín Navarro Merino, subtulado tan acertadamente “De la Neumología Infantil a la Pediatría Social: un viaje profesional y humano”, ha sido, sin duda, una lección magistral que honra a esta Docta Casa.

Al oír su rigurosa exposición, he sentido esa inevitable reflexión sobre el recorrido de las especialidades médicas, algo que he comentado en ocasiones anteriores al referirme a la evolución de mi propia disciplina. Si bien, en un momento, estuve tentado de ver el futuro de la cirugía como un ocaso, la realidad, como demuestra el Dr. Navarro hoy, es que nuestras especialidades no se desvanecen; cambian de manos y evolucionan en sus técnicas y aproximaciones, manteniendo la continuidad del conocimiento acumulado.

El Dr. Navarro ha demostrado un ejemplo claro de este necesario relevo generacional. Su ingreso representa un estímulo para quienes defendemos una Pediatría que no solo cura, sino que protege, acompaña y transforma. No podemos dejar de reconocer la trascendencia de la figura que le ha servido de faro en este camino: el Prof. Dr. D. Ignacio Gómez de Terreros, un verdadero maestro en la Pediatría Social, quien hoy, como Académico de Número Emérito, es pionero en esta nueva figura estatutaria de nuestra Academia.

El eje de la Pediatría Social: la utilidad para la sociedad

Nuestra misión en estos momentos debe ser la de aportar a la sociedad un mecanismo para el análisis, debate y difusión del conocimiento en torno a todo aquello que pueda afectar a la salud. La Pediatría Social, al situar a la infancia en el centro de la atención, reconociendo el impacto de los factores sociales, económicos, familiares y educativos sobre su salud, se alinea perfectamente con este cometido.

Usted, Dr. Navarro, nos ha brindado una visión lúcida y rigurosa de los desafíos prioritarios y los problemas emergentes que hoy padece la infancia y la adolescencia, a los que tan acertadamente se ha referido el Dr. Gómez de Terreros como el “mar lleno de manera simultánea de estelas blancas”. Problemas como la pobreza infantil, que, en nuestra Andalucía, afecta de forma alarmante a una parte significativa de la población, y requiere una respuesta urgente por parte de los poderes públicos y la sociedad en su conjunto.

La Pediatría Social es una dimensión ética, transversal y estructural. Tiene una característica que la distingue: es una especialidad troncal con fines concretos, pero además es transversal a todas las demás, tratando los aspectos sociales y de bienestar en cada área de la especialidad. Esto es coherente con su trayectoria, donde su ejercicio en Neumología Pediátrica, tratando patologías crónicas como el asma grave o la fibrosis quística, le llevó a comprobar que la atención integral exigía considerar el contexto social y familiar, más allá del tratamiento médico. El lema de la Fibrosis Quística, “Tú respiras sin pensar. Yo solo pienso en respirar”, sintetiza la crudeza de esta realidad social que usted ha abordado.

El solapamiento generacional y el impacto de la tecnología

El éxito de nuestra especie se debe, como hemos comentado, a la capacidad de solapamiento generacional. Pero este solapamiento se produce en un mundo que evoluciona a velocidad de vértigo, donde la innovación tecnológica nos abrumba más que en ninguna otra época.

Usted ha dedicado una parte importante de su discurso a analizar el impacto de la tecnología digital en la infancia y la adolescencia. Esta Academia ha venido insistiendo en la necesidad de aplicar el pensamiento crítico a los logros tecnológicos, ya que, aunque

la tecnología es un motor de desarrollo, la revolución digital está generando una explosión de nuevas afecciones psicológicas, sobre todo en adolescentes.

Nos preocupa el riesgo de la dependencia excesiva a la IA y a la tecnología, y su potencial para crear desigualdad. Debemos, desde esta corporación, alertar a la sociedad de los riesgos que la transformación tecnológica, a pesar de sus obvias ventajas, puede tener para la salud en su más amplia acepción. Usted, Dr. Navarro, ha puesto el dedo en la llaga al señalar cómo el uso inadecuado de pantallas, el ciberacoso y la falta de supervisión parental, están estrechamente relacionados con la disminución del bienestar emocional y el aumento de la ideación suicida.

Ante estos problemas, la humanización en la asistencia pediátrica, el saber escuchar y creer a los padres, y la aplicación de una inteligencia humana marcada por la empatía, siguen siendo esenciales, tal como la sabiduría de Séneca nos recordaba: “No puede el médico curar bien, sin tener presente al enfermo y su familia”.

Conclusión

Dr. Martín Navarro Merino, su vida entera puede resumirse en esfuerzo, lucha y superación. Su discurso ha reflejado no solo su sólida trayectoria profesional, sino también su profundo compromiso humano, confluyendo en usted ciencia, conciencia y sensibilidad social.

La Pediatría del futuro será más social o no responderá a las necesidades reales de la infancia. Asumimos con gratitud y compromiso que, con su incorporación como Académico de Número, la Pediatría Social seguirá iluminando el camino de la infancia y la adolescencia.

Lo importante no es solo lo que se camina, sino la huella que se deja al andar, y estoy seguro de que su esfuerzo continuado permitirá que la Pediatría Social deje una huella profunda en esta Real Corporación, contribuyendo a la protección de las nuevas generaciones.

Bienvenido, querido compañero. Su presencia fortalece nuestro compromiso con la infancia y con la sociedad.

HE DICHO.

